

NOV 15 1944

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Secretário: ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano Cr \$ 50,00 — Numero avulso Cr \$ 5,00

OL XLVIII

Julho de 1944

N. 1

Sumário:

	Pág.
Inédita modalidade térmica num caso com 45 graus de temperatura, no decurso de uma psicose malárica. — DR. CARLOS NA- POLEÃO LA TERZA.....	5
Produção médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina.....	29
Higiene, Molestias Tropicais e Infecciosas.....	29
Cirurgia.....	34
Dermatologia e Sifilografia.....	43
Pediatria.....	57
Medicina.....	61
Fisiologia.....	62
Radiologia e Urologia.....	68
Sociedade Médica São Lucas.....	71
Centro de Estudos "Franco da Rocha".....	72
Sociedade de Medicina Legal e Criminologia.....	73
Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar.....	74
Sociedades dos Médicos da Beneficência Por- tuguesa.....	75
Outras sociedades.....	76
Literatura Médica.....	79
Imprensa Médica de São Paulo.....	80
Vida médica de São Paulo:	
Sociedade dos Médicos da Beneficência Por- tuguesa.....	83
Sociedade de Oftalmologia de São Paulo.....	88
Prof. Nilson Torres de Rezende.....	88
Congressos médicos.....	89
Instituto de Ciências Tropicais.....	90

CHOLFIC

Ampolas

CADA AMPOLA CONTEM 2 CC.

CHOLFIC

Líquido

CADA VIDRO CONTEM 125 CC.

Princípio ativo de alcachofra (cristalizado)
Extrato de Fígado altamente concentrado
Vitamina B₁ — Vitamina B₂

Colina Clorureto — Formina — Extrato
de Alcachofra e Jurubeba — Glicerina
Peptona de Witte — Sulfato de Magnésio

Aplicações

AMPOLAS: (Via intramuscular) — Insuficiência
hepática — Toxi-infecções — Icterícias — Intoxi-
cações medicamentosas — Nefrites — Anemias.

LÍQUIDO: Moléstias do aparelho digestivo — Coli-
tes — Auto-intoxicações — Cirrose — Fermentações.



LABORATORIO XAVIER * João Gomes Xavier & Cia. Ltda

Rua Tamandaré, 553 — São Paulo

G

EM 125 C

— Extra
— licerina
— Magni

Ltd

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1571, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 50,00 — Numero avulso . . . Cr \$ 5,00

Vol. XLVIII

Julho de 1944

N. 1

Inédita modalidade térmica num caso com 45 graus de temperatura, no decurso de uma psicose malárica *

Dr. Carlos Napoleão La Terza

Clinico em Santos

Observação. — Trata-se do doente A. V., branco, com 27 anos de idade, italiano, solteiro, tripulante carvoeiro do vapor "Tébro" que se achava retido no porto de Santos, em consequencia da entrada da Italia na guerra, em 9 de junho de 1940.

Antecedentes familiares. — Pais vivos, sadios, com onze filhos vivos tambem sadios. Não houve abortos. Não ha doenças mentais na familia.

Antecedentes pessoais. — Nunca esteve doente; foi sempre forte e, até então, não contraíu doenças venéreas. Fuma, em média, vinte cigarros por dia e, habitualmente, toma de um quarto a meio litro de vinho às refeições, que faz parte da ração de bordo.

História pregressa da doença atual. — No mês de janeiro de 1941 o navio, que estava atracado ao porto, fez-se ao largo, provavelmente a fim de tentar o rompimento do bloqueio e colocou-se no meio do estuário, nas proximidades da ilha da Bocaina, conhecido foco de impaludismo e aí permaneceu ancorado pelo espaço de alguns meses.

Andavamos em pleno verão e como estivesse grassando assustadoramente o impaludismo, cerca de cincoenta por cento da tripulação do navio, nesse periodo, contraio a doença, inclusive o nosso doente.

Na maioria dos casos o diagnóstico foi confirmado pela ematocopia; em outros, porém, em que o exame fôra negativo, instituímos a medicação especifica, baseados somente nos elementos clínicos.

Vários tripulantes tiveram recidiva ou reinfestação. Alguns foram medicados à bordo, pelo official do navio que logo se familiarisára com os sintomas da moléstia, enquanto que, os mais graves e os que não apresentassem imediatas melhoras, ou deixassem qualquer dúvida sobre

* Trabalho lido na Associação dos Médicos de Santos, em sessão de 17-3-1944.

seu estado, eram enviados para o nosso consultório, ou, eram directamente removidos para o hospital.

Néssas condições, o paciente apresentou sintômas da doença, por três vês: em janeiro, com exame de sangue negativo, curando-se com a medicação específica; em março — reaparecendo os mesmos sintômas — foi curado à bórdo também com a medicação específica e em maio, já no outono, pela terceira vês, pela mesma razão, foi medicado à bórdo e, como não apresentasse melhoras, teve que ser internado, no dia 12 dêsse mês, no Hospital da Beneficência Portuguesa, onde deu entrada às 16 horas dêsse dia, na enfermaria n.º 8, leito n.º 11, conforme papelêta 1151.

Aí, como o doente já tivesse tomado Atebrina, dispensámos o exame de sangue e instituímos a terapêutica com Quinina e Azul de Metileno.

Com êssa medicação o doente ficou apirético durante quatro dias, isto é, de 12 a 16 de maio.

História da doença atual. — Continuava o doente a passar bem e longe de nossas cogitações quando, na manhã do dia 18, ainda sob medicação específica, teve um fórte tremôr de frio e a temperatura subiu bruscamente a 44 graus.

O enfermeiro, alarmado, chamou-nos, com urgência. De fáto, chegámos ainda em tempo de verificar que, realmente, o termómetro marcava 44 graus, tanto na axila esquerda como na direita.

No nosso termómetro, graduado até 42 e cinco décimos, a coluna mercurial subiu até o fim.

E' impressionante vêr um doente com uma temperatura dêssas que, como é natural, faz temer pela vida do paciente; entretanto, não menos estranho foi o estado do pulso que se revelou normal, batendo cêrca de 70 por minutos, em flagrante contraste com a temperatura.

Nada encontramos que justificasse tão elevada fêbre e tomando em consideração o estado animador do pulso, fomos levados a atribui-la à malária e, como consequência dêssa hipótese, mantivêmos a medicação específica.

Como o doente se queixasse de dôres universais, mais acentuadas na cabeça e na região esplênica prescrevemos, apenas, uma poção de salicilato com analgesina e pomada de salicilato de metila mentolada.

A noite manifestou-se novo acêssos e, com maior surpresa ainda, reproduziu-se, no dia 19, pela manhã, sempre com grandes elevações térmicas.

Ante essa situação solicitámos ao laboratório vários exames: pesquisa de ematozoario, contagem específica, contagem de glóbulos brancos, emocultura e análise de urina cujos resultados nada esclareceram.

Pensando numa ciano-quinino-resistência prescrevemos a Atebrina na dôse de 0,30 por via muscular e como o exame da urina tivesse revelado a existência de púz, associámos a Urotropina a 20 %, por via venosa.

Apezar de assim medicado, o quadro clínico não sofreu alteração alguma e no dia 19 o doente teve ainda mais três acessos.

Fiês, entretanto, à orientação inicial proseguimos com a medicação específica que foi feita seguidamente durante um período de 18 dias e da seguinte fôrma: sete dias, com Azul de Metileno venoso e Quinina bucal; quatro dias, com 0,30 de Atebrina, diariamente; seis dias, com Plasmokino Composta; quatro dias, com Quinoplasmina muscular e as duas primeiras dôses de 914 associados também a antitérmicos e analgênicos, sem que fosse notada qualquer alteração no quadro clínico.

No decurso da doença, como as dôres da região esplênica fossem rebeldes, passou o doente a usar a bolsa de água quente.

Acessos. — Durante o período de três dias os acessos continuaram a se repetir, desordenadamente, sem ritmo uma, duas e três vezes nas quarenta e oito horas, durante o dia, à noite e pela madrugada.

Cada acesso durava de cinco a quinze minutos e, poucas vezes, era seguido de suôres, manifestando-se com a seguinte forma: o paciente repentinamente começa a tremêr, com grande sensação de frio, encolhe-se, requer agasaho e estremece tão fortemente que faz trepidar o leito; o facies torna-se vultuoso, emite gemidos causados pelas dores unversais que são mais acentuadas na cabeça e nas regiões epática e esplênica.

Essas dores, às vezes, atingem grande intensidade, irradiando-se ao epigástro e ao precórdio, causando dificuldade respiratória e de tal forma que, algumas vezes, fomos forçados a recorrer ao sedól e à trivalerina.

Temperatura. — Simultaneamente, com o deflagar dos acessos, processa-se bruscamente a elevação térmica que alcança altas elevações, indo frequentemente até 43, 44, 44 e meio e 45 graus centígrados e se mantém a temperatura, assim, elevada por tempo variável e, por vezes, longo, sendo que, certa vez, foi controlada a 45 graus, durante duas horas seguidamente.

O declínio térmico verifica-se ora em crise, ora em lise e, mesmo fora dos acessos, observam-se elevações térmica intercaladas, porém, nunca como durante os acessos.

Algumas vezes o paciente tem a sensação do aparecimento da febre que precede o acesso.

Chamou-nos a atenção o fato de que, nas ocasiões das grandes temperaturas, os tegumentos, tocados, com a mão não denunciavam a intensidade da febre. No momento das grandes elevações térmicas, a temperatura foi verificada nas regiões axilares e inguinais e aí, nunca percebemos qualquer anormalidade nos tegumentos, tanto nesse período como depois, que despertasse a nossa atenção.

O que não deixava de ser desconcertante era, sem dúvida, a singular resistência do paciente às elevadas, repetidas e prolongadas elevações térmicas.

De fato, Lustig e Galeotti, em seu livro de Patologia Geral, volume II, na página 136, no capítulo "AS VARIAÇÕES DA TEMPERATURA E A MORTE" diz: "Como limite de alta temperatura, compatível ainda com a vida — desde que essa alta temperatura não se prolongue por muito tempo — admite-se a de 42 graus".

E a seguir cita as tabelas de Ughetti, nas quais estão registradas as diversas infecções em que se observaram temperaturas elevadas, seguidas de morte e seguidas de cura.

Como temperatura elevada, até 44 e acima e seguida de cura, a "Escarlatina" com 44 e a "Malária" com 44 e 45.

Pelo exame clínico e pelos exames de laboratório realizados, nenhuma das entidades mórbidas por ele citadas nas tabelas estavam em jogo no nosso caso, a não ser que se admitisse e, como foi feito, baseado na história progressa, somente a malária.

Termômetros. — E' evidente que, diante de uma febre como essa, de tão longa duração, lançássemos mão de todos os termômetros que encontrámos, de uso corrente, na clínica e no Hospital.

De termômetros com a graduação até 44 e meio dispúnhamos de três os quais registraram, em concordância e simultaneamente, as mesmas temperaturas.

E' excusado assignalar que durante as grandes elevações térmicas a coluna mercurial dos demais termômetros graduados até 42 e meio elevava-se até o fim.

A despeito disso, não conseguimos determinar o maximo da febre, porque nos termômetros graduados até 44 e meio, que dispõem de um espaço terminal equivalente a meio gráu, a coluna mercurial elevava-se até o fim, não permitindo determinar o máximo da temperatura.

Na mesma ocasião, dois termômetros de estufa, infelizmente, talvez, por falta de sensibilidade, não passaram de 39 graus, por mais permanecessem nas axilas quando colocados no mesmo momento com o termômetro clínico.

Em consequencia registrámos a temperatura de 45 graus centígrados como a máxima observada com os termômetros clínicos.

Cabe aquí uma pergunta: onde encontrar termômetros que registrem as elevadas temperaturas?

Dois quadros térmicos foram feitos: um, com a forma habitual e outro, em diferentes horas do mesmo dia, os quais demonstram a marcha da temperatura observada na região axilar.

Convem assinalar também que nas regiões inguinais na mesma ocasião a temperatura elevavava-se da mesma forma.

Estado geral. — Durante todo esse período, exceto nos momentos de acesso, quer a temperatura estivesse elevada, ou, em declínio, o paciente se mostrava bem disposto; fumava, lia jornais e, cessada a febre, levantava-se, perambulando pelo Hospital; barbeava-se e tomava o seu banho frio, sem demonstrar estado de gravidade.

O pulso permanecia sempre normal, cheio, ritmico, com 60 a 70 batimentos e, raramente, 80, tanto durante como depois do acesso, parecendo alheio ao cataclisma térmico.

O apetite era irregular e extravagante, pois que, uns dias se alimentava com os alimentos do Hospital, nas horas habituais; outros, passava sem se alimentar e, algumas vezes, o fazia durante a noite.

Preferia café com leite, biscoitos, marmelada, frutas.

Reclamava vinho e "pasta asciutta".

O intestino ora funcionava normalmente, ora necessitava de auxilio e a diurése mantinha-se normal.

Exame somático. — E' um individuo de estatura normal e de compleição robusta.

Conjuntivas oculares de aspéto normal; pupilas iguais e reagindo bem à luz; lingua coberta de leve camada de saburra; faringe rubro e amígdalas de aspéto normal; grande desvio do cépto; aparelho circulatório normal; raros sibilos e roncós no tórax e consequente tósse húmida de existência algo remóta.

O figado não se encontrava aumentado de volume, mas era bastante sensível à apalpação.

O baço era percutível. A região esplênica, como toda a base esquerda do tórax, apresentavam-se, às vezes, exageradamente dolorosas dificultando o exame.

Exames. — Além dos já referidos foram realizados mais os seguintes: intubação duodenal, reação de Widal, exame de escarro e radioscopia do tórax, sem que nenhum esclarecimento conseguíssemos obter.

A pesquisa de ematozoários foi reiteradamente feita, tanto em esfregaço como em gôta espessa, antes, durante e após os acessos, sempre infrutífera.

Dada a rebeldia do caso ao nosso tratamento solicitámos a colaboração do ilustre coléga dr. Antônio Arantes.

Considerando-se o fato do ematozoário nunca ter sido encontrado tanto no começo como durante a evolução da doença e que o tratamento específico não produzira nenhuma influência sobre a mesma, deliberámos suspender todo o tratamento antimalárico.

Inicia-se, assim, a segunda fase da observação, cuja duração abrange dezoito dias.

Foi nesse período que tivemos a oportunidade de observar o curioso fenômeno térmico que motiva a nossa comunicação.

Enquanto acompanhávamos uma fase de grande elevação térmica para determinar o tempo de sua duração, tivemos o ensejo de colocar o termômetro na boca do doente e, com grande surpresa, verificámos notável diferença de temperatura entre a desta região e a da região axilar.

Constatámos que, na mucosa, ao contrário do normal, a temperatura era inferior a das regiões cutâneas. Igualmente o mesmo fenômeno constatámos na região anal.

O quadro térmico comparativo entre a curva axilar e a curva bucal demonstra, de modo inequívoco, uma dissociação entre as duas curvas térmicas.

Não há paralelismo entre as mesmas. Antes, pelo contrário, verdadeira divergência, porquanto, em muitas ocasiões, em que a temperatura axilar é elevadíssima, na região bucal ela é normal, apresentando-se asincronicas, caprichosas e irregulares as curvas térmicas que também não obedecem a ritmo algum.

Nas regiões axilares ascende acima de 40 graus, chegando até 43, 44 e 45.

Na região bucal, poucas vezes alcança 39 graus e chega, por uma só vez a 40-40,2-41,2 e a 42 graus, parecendo existir uma verdadeira anarquia térmica, como o doente dispuzesse de dois centros térmicos funcionando independentemente.

Estava, dessa forma, desvendada esclarecida e justificada, a singular resistência do paciente à invulgar temperatura axilar.

Nesse mesmo período, um exame do sistema nervoso procedido, sem que nenhum sintoma despertasse a nossa atenção, nos revelou interessantes distúrbios na esfera da sensibilidade superficial, como: abolição das três sensibilidades tátil, térmica e dolorosa nos pés, até a articulação dos tornozelos, em forma de luva; alterações de todas essas sensibilidades, de modo irregular, até a raiz dos membros inferiores, com regiões em que umas eram normais, outras, atenuadas e outras, abolidas.

Assim, irregularmente dispostas, essas perturbações se estendiam aoemiabdome direito e à região lombar do mesmo lado; normalizavam-se no tórax, com exceção do lado esquerdo, em cuja base havia iperestesia, repetindo-se no couro cabeludo e nas faces.

As três sensibilidades apresentavam-se bastante diminuídas nos membros superiores, sendo que, na palma das mãos, a sensibilidade térmica era muito retardada. Objetos colocados na mão do paciente só eram identificados com demora e dificuldade.

Havia forte iperestesia ao longo do ráquis. Ausência de sinais de menigitte; pupilas iguais e reagindo bem à luz; ligeiro Romberg, proce-

sando-se normalmente a marcha que dava ao paciente a impressão de pisar no vacuo e normais eram os reflexos rotulianos, aquilianos e cremasterinos.

O exame do liquido céfalo-raquidiano também nada esclareceu.

Após a punção lombar o quadro clínico modificou-se desencadeando-se crises nervosas em que o doente assumia atitudes espetaculares características de crises pitiáticas.

Daí em diante, em lugar dos acessos observados na primeira fase manifestavam-se as crises nervosas, com as mesmas irregularidades dos acessos e semelhantes elevações térmicas axilares, com a seguinte feição: bruscamente, em estado de desespero, o doente fecha os olhos, contrae-se, contorce-se, agita-se, range os dentes, atira-se de um lado para outro do leito, rasgando lençóis, ameaça cair da cama, e, por fim, reclinando a cabeça para traz, agarra-se fortemente aos ferros da cama e com a coluna arcada rigidamente permanece nessa atitude de intensa contratura, por longo tempo.

Cessada a crise mostra-se abatido; geme ou chora convulsivamente; permanece de olhos fechados; recusa os alimentos e responsabiliza a raquicentese como causadora do seu agravamento, porque, depois desta sobreviessem dores intensas na região puncionada com irradiações pelo abdômem.

Novas modificações nos distúrbios da sensibilidade apresentaram-se após a punção: intensa iperestesia ao longo da coluna lombar com irradiações bilaterais pelo abdômem inferior; desaparecimento da iperestesia ao longo da coluna dorsal; normalização dos distúrbios irregulares das sensibilidades pelo corpo e pelos membros, exceto na região esplênica e no hipocôndrio esquerdo em que continuava a iperestesia.

Nos pés a anestesia tatil e dolorosa cessaram, permanecendo, entretanto, durante alguns dias, só a anestesia térmica e sempre em forma de luva, até a altura dos tornozelos.

Removemos o paciente da enfermaria para um quarto com menor número de doentes a fim de deixá-lo mais isolado e, não obstante essa precaução e a terapêutica com Bromuretos, Luminal, Trivalerina, Salicilato de Sódio e Tripaflavina, usados, estes dois últimos, intravenosamente, não fomos bem sucedidos, antes, pelo contrário, o doente, depois das crises nervosas, não saiu mais do leito e, num mutismo persistente, recusava a alimentação e só o fazia quando os alimentos eram administrados por nós e, assim mesmo, com certa relutância.

As pesquisas do ematozoário reiteradas no sangue periférico continuaram sempre negativas, durante todo esse período.

Logo que melhorou esse estado nervoso e o doente começou a levantar-se, a alimentar-se sózinho, promovemos a sua remoção para S. Paulo entregando-o aos cuidados de um colega especialista em doenças nervosas, sendo isso feito no dia 18 de junho em que ele foi internado na CASA DE SAUDE MATARAZZO, onde, quatro dias após o seu internamento, fomos visitá-lo e o encontramos, ainda, com as mesmas crises nervosas e idênticas elevações térmicas.

Posteriormente chegaram ao nosso conhecimento os seguintes fatos: a febre deixara de aparecer depois da retirada da bolsa de água quente e como as crises nervosas persistissem removeram o paciente para o Sanatório Jabaquara e aí, sob medicação cardizólica venosa, apresentava sensíveis melhoras de suas crises pitiáticas.

Precisamente nesta altura e com essas informações, nos fins de julho, enquanto o doente ainda estava em S. Paulo, nos inscrevemos nesta Associação para comunicar, na sessão de 7 de

agosto, "UM CASO INTERESSANTE DE ELEVADA TEMPERATURA".

Nessa ocasião, embora desprovidos de elementos precisos para a identificação etiológica do caso, diante das reiteradas pesquisas negativas do ematozoário no sangue periférico, tanto no período em que esteve sob medicação específica, como no período em que esta foi abolida, e, ainda mais, mau grado o fracasso terapêutico específico, sustentámos a etiologia palustre da moléstia e discutimos também a improcedência da possibilidade de erros na tomada da temperatura.

Isto foi o que relatámos naquela comunicação.

Como a observação subsequente viesse confirmar a etiologia por nós prevista, resolvemos trazer hoje a observação completa e concludente, sob nova denominação que parece exata, juntamente com a terceira e ultima fase da observação a qual não só confirma a exatidão do juízo por nós firmado naquela comunicação, como também nos oferece a chave para a explicação dos fatos verificados.

Terceira fase da observação. — Poucos dias depois da nossa reunião voltou o doente de S. Paulo aparentemente curado, sem a febre e sem as crises nervosas e, antes de recolher-se a bordo, passou pelo nosso consultório apresentando forte equimose num olho e queixando-se de uma dor de tipo ciático numa das pernas, foi medicado.

Poucos dias permaneceu à bordo, pois que, no dia 12 de agosto, por conseguinte cinco dias, apenas, após a nossa comunicação, o paciente, sentindo-se novamente doente, teve que ser recolhido ao hospital e, desta vez, numa enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Santos.

Exatamente dois dias depois do seu internamento, após um acesso com tremor de frio, a febre elevou-se a 40,2 e, então, pela primeira vez, foi positiva a pesquisa do ematozoário no sangue periférico, tendo sido encontrados gametos do *Plasmodium Vivax*.

E' imediatamente iniciada a medicação específica com Atebrina que não jugulando o processo mórbido é seguida da medicação ciano-quina, com idêntico resultado.

Durante o período de trinta e oito dias que durou essa medicação, as crises nervosas reapareceram, é verdade que com menor frequência nem sempre acompanhadas de grandes elevações térmicas, porém, semelhantes às observadas anteriormente.

A temperatura nas regiões axilares também elevou-se, por conseguinte menos vezes e, pela curva térmica correspondente a esse período, vê-se que alcançou 41,6 - 41,8 - 42,0 - 44,0 e 44,5.

Fato de fundamental importância foi a persistência do ematozoário no sangue circulante todas as vezes que foi pesquisado.

Desta vez, seguros do diagnóstico garantido pelo exame de sangue, não exitámos em prosseguir com a terapêutica pelo 914.

Assim mesmo, com esta medicação, as crises nervosas se repetiram, a temperatura subiu a 42,0 e a 44,5 e o ematozoário continuava a resistir, zombando da medicação e de tal forma que, sem alusão à bolsa de água quente, tivemos presente, outra vez, a idéia da mudança de clima que poderia, naturalmente, influir benéficamente sobre a marcha da moléstia.

Felizmente, isso não foi necessário, porque, depois das últimas quartas doses de 914, administrado num total de 3,0, o ematozoário capitulou incondicionalmente, com todo o seu cortejo sintomático, depois de oitenta dias de luta.

Como se vê, esta terceira fase da observação caracteriza-se pela identificação do agente etiológico; demonstra, de modo inequívoco, a resistência do ematozoário à medicação específica no sangue circulante; evidencia a reprodução do quadro clínico com elevações térmicas semelhantes às anteriormente observadas e, por fim, a cura clínica da doença pela medicação arsenical persistente, após a ciano-quinina-atebrina resistência.

EXAMES DE LABORATÓRIO

A) PESQUISAS DE EMATOZOÁRIOS:

Ex. D. 710 B. Port. em 19-V-1941.

Nas extensões colhidas a pesquisa de ematozoários foi *NEGATIVA*.

NOTA: — Após esse exame, feito em 19 de maio, foi a pesquisa repetida muitas vezes em extensões e gôta expessa, no sangue colhido antes, durante e após os acessos febris.

Essas pesquisas se prolongaram até o dia 12 de junho, sempre com resultados negativos.

Ex. N. 1132 em 14-VIII-1941.

Laboratório da Santa Casa.

O pesquisa de ematozoários no sangue foi *positiva*, tendo sido encontrado o *Plasmodium Vivax* sob a forma de gametos.

B) EXAMES EMATOLÓGICOS:

Ex. N. 712 B. Port. em 19-V-1941.

Fórmula emoleucocitária:

Polinucleares neutrófilos	61,5 %
Polinucleares eosinófilos	2,5 %
Linfócitos	29,0 %
Monócitos	7,0 %

Ex. N. 713 B. Port. em 19-V-1941.

Contagem global de leucócitos:

Leucócitos 11.800 por mm³.

C) EXAME DE URINA:

Ex. N. U. 689. B. Port. em 19-V-1941.

Côr: amarela-alaranjada	Cheiro sui gêneris
Volume remetido 90 cc	Aspêto turvo
Densidade 1020	Reação. Ácida
Depósito escasso	Albumina, vestígios
Glicose não contém	Acetona não contém
Ácido diacético não contém	Pig. biliares não contém
Piúria	vestígios

Ex. D. 722. B. Port. em 20-V-1941.

Exame bacterioscópico da URINA

O exame bacterioscópico feito no sedimento da urina enviada, revelou a presença de raros bacilos e diplocócos Gram-negativos exera-celulares.

D) EXAME DE ESCARRO:

Ex. N. D. 732 B. Port. em 22-V-1941.

Pesquisa de bacilos de Koch.

A pesquisa de bacilos de Koch resultou *NEGATIVA*.

E) EXAME DE SANGUE: em 24-V-1941.

Exs. feitos a pedido especial:

Reação de Widal e Emocultura.

A emocultura resultou negativa.

A reação de Widal feita com o soro do paciente frente a antígenos típicos, paratípicos A e paratípicos B, resultou **NEGATIVA**.

EXAME FEITO A PEDIDO ESPECIAL: em 24-V-1941.

EMOGRAMA DE SCHILLING:

Leucócitos	9.400	mm ³
	(n — segmt. 54)	
Pol. neutrofilos	(n — bastão. 5)	60 %
	(jovens . . . 1)	
Polinucleares eosinófilos		1 %
Linfócitos		34 %
Monócitos		5 %

OBS.: *Quadro leucocitário*: linfocitose absoluta. Acentuação do índice de desvio neutrófilo. Presença de granulações tóxico-degenerativas em pequeno número.

Quadro eritrocitário: Revelou, apenas, ligeira anisocitose e poiquilocitose.

F) EXAME DE BILE:

Ex. feito a pedido especial em 30-V-1941.

Biles A, B e C de aspéto, cor e volume normais.

Prova de Meltzer-Lyon: positiva.

Bile A: Numerosas células epiteliais, vários leucócitos e raras ematias.

Ex. bacterioscópico: Vários estafilocócos, diplocócos e bacilos Gram-negativos e raros estreptocócos.

Bile B: Várias células epiteliais, alguns leucócitos e raras ematias.

Ex. bacterioscópico: Alguns diplocócos e enterocócos.

Bile C: Várias células epiteliais, alguns leucócitos e raras ematias.

Ex. bacterioscópico: Alguns enterocócos e bacilos Gram-negativos.

G) EXAME DE LIQUIDO CÉFALO RAQUIDIANO:

Ex. N. D. 842 B. Port. em 11-VI-1941.

Leucócitos.	1,2 por mm ³
Albumina	0 grm30 por litro
Glicose.	0 grm50 por litro
Reação de Pandy	negativa
Reação de Nonne	negativa
Reação de Ross-Jones	negativa
Reação de Weichbroadt	negativa
Reação de Wassermann	negativa
Reação de Benjoin coloidal	00000.22000.00010.0

O líquido escoou sem grande pressão, de aspéto límpido, cristalino (água de rocha).

Os exames foram executados pelo médico analista dr. Edmir Boturão nos Laboratórios dos Hospitais da Santa Casa de Misericórdia e da Beneficência Portuguesa de Santos.

QUADRO DA TEMPERATURA AXILAR, EM DIVERSAS HORAS
E DURANTE ALGUNS DIAS

MÊS DE JUNHO

<i>Dias</i>	<i>Horas</i>	<i>Axila</i>
21	7	43
"	12	38
"	15,10	44
"	17,30	36,5
"	19,10	44,5
"	20,30	43,0
"	21,30	43,0
"	22,15	36,5
22	7	43,0
"	12	45,0
"	15	37,0
"	17	44,0
"	18	36,8
"	18,15	42,0
"	19,10	45,0
23	7	41,3
"	10	37,5
"	12	37,0
"	14	36,8
"	18	36,4
"	19	44,5
"	20	37,0
24	7	41,0
"	9	37,2
"	12	36,8
"	16	36,5
"	17	37,5
25	7	39,1
"	9	36,4
"	12	36,5
"	17	38,4
"	18	36,9
"	20	36,6
26	6,30	39,5
"	10,0	36,9
"	12	36,0
"	13	36,5
"	18,30	43,0
"	20,0	36,7
27	6,30	36,0
"	10	36,5
"	12	36,0
"	14,15	44,5
"	20	37,1

<i>Dias</i>	<i>Horas</i>	<i>Axila</i>
29	7	43,0
"	12	39,0
"	16	39,5
"	17	42,6
"	19	38,0
"	20	36,4
30	6,30	43,0
"	15,30	39,0
"	19	38,0
"	20	37,5
31	7	39,0
"	9,15	45,0
"	16	44,5
"	18	41,0
"	19	45,0
"	19,15	39,0
"	19,35	36,2

QUADRO COMPARATIVO DAS TEMPERATURAS "AXILAR" E
"BUCAL" NO PERIODO DE 10 A 17 DE JUNHO

<i>Dias</i>	<i>Horas</i>	<i>Axila</i>	<i>Boca</i>
13	8	36,2	36,5
"	13,40	37,3	38,0
"	15,30	42,0	37,8
"	19,00	42,0	37,9
14	7	36,5	37,3
"	8	42,0	37,8
"	17	44,0	37,6
"	19	44,0	37,3
15	7	44,5	36,5
"	12	44,0	39,2
"	13,20	40,2	36,5
"	17,20	45,0	40,5
"	19	36,5	40,0
16	8	36,0	37,8
"	12	41,5	39,7
"	15	41,5	37,0
"	18	35,0	37,0
"	19	38,0	36,5
16	7	38,8	38,5
"	9	37,5	37,0
"	18,15	36,4	36,3
"	19,10	42,0	39,3
17	7	38,4	38,5
"	14	44,0	39,9
"	18	37,2	36,8
"	18,30	44,0	41,0

CONSIDERAÇÕES

Vejamos, agora, o que ensinam os Mestres sobre esse assunto, e que, "data venia", transcrevemos.

O Prof. Austregésilo, em "LIÇÕES CLÍNICAS" sobre "PERTURBAÇÕES NERVOSAS E MENTAIS NO IMPALUDISMO", à página 95 do livro "IMPALUDISMO POR AUTORES BRASILEIROS", assim professa:

"E' relativamente comum o registro de fórmias clínicas "nervosas do impaludismo no Brasil.

"A infecção palúdica pode revestir o aspecto de síndromas nervosas muito variadas, tanto na fase aguda como no período crônico da moléstia.

"O agente principal do neuro-impaludismo é a variedade maligna ou estivo-outonal do hematozoário de Laveran (Plasmodium Proecox). São relativamente raros os "casos de neuro-impaludismo motivado pela variedade "parasitária da terçan benigna (Plasmodium Vivax).

"A filiação daquelas síndromas ao impaludismo é feita "não só mediante a exclusão cuidadosa de outros factores "etiológicos como também por um conjunto de dados clínicos que são de inteiro valor. Avultam entre esses últimos "a procedência do doente de zonas palúdicas, os sintomas "clínicos clássicos da malária declarada e a noção anamnéstica dos acessos febris típicos. A prova definitiva é "trazida pela verificação do hematozoário no sangue periférico do paciente ou pelas pesquisas anatomo-patológicas "post-mortem". No neuro impaludismo, porém, nem sempre "é fácil a verificação do parasito no sangue periférico dos "doentes, sendo às vezes, necessários exames iterativos para "se surpreender na torrente circulatória (ou no baço, mediante punção) o hematozoário de Laveran".

O Prof. Henrique Roxo, à página 113 do L. C., na lição sobre "PERTURBAÇÕES MENTAIS NO IMPALUDISMO", assim se exprime:

"As perturbações mentais no impaludismo podem ser divididas em dois grandes grupos: as que se manifestam em "plena vigência da infecção palustre e as que se evidenciam "posteriormente a ela".

E, mais adiante:

"No caso em que um individuo esteja dominado por uma "infecção palustre e haja perturbações mentais, duas hipóteses podem existir: ou dependem elas directa e exclusivamente da infecção ou são apenas provocadas por esta e "são imanentes à personalidade psicopática do doente".

s-
-
,
,
A-

as

1-

0-

2-

a-

os

a-

ta

es

i-

os

as

n-

é

é-

as

re

os

ra

e-

ão

s-

li-

m

m

na

e-

a-

e

HOSPITAL DA SANTA CASA

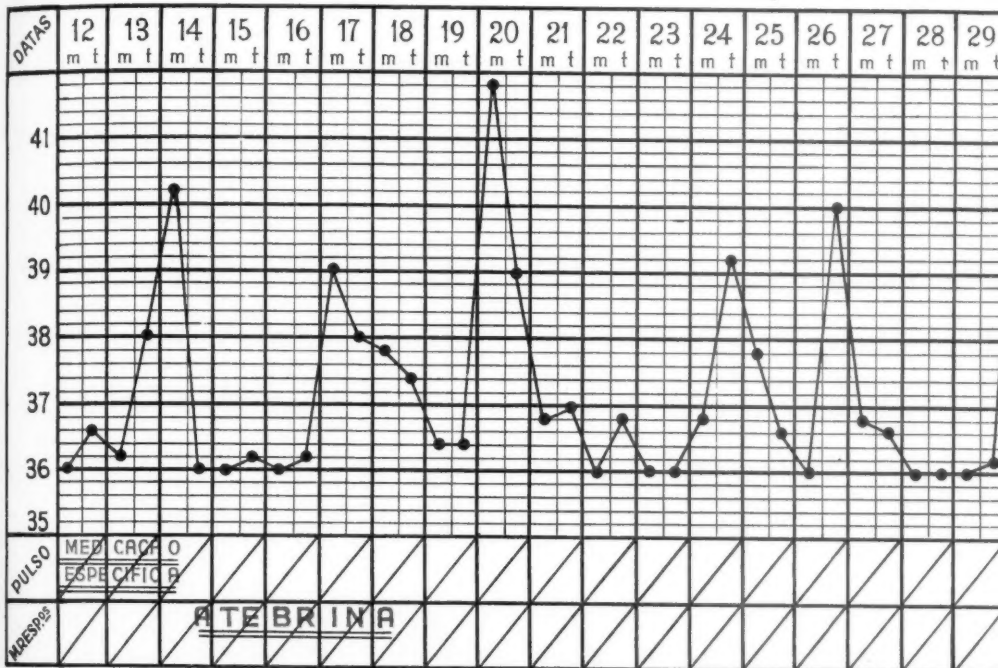
:-:

2^a

CLINICA Classe Homens

Nome *Aversano Vittorio*

Entrada 12 de Agosto 1941

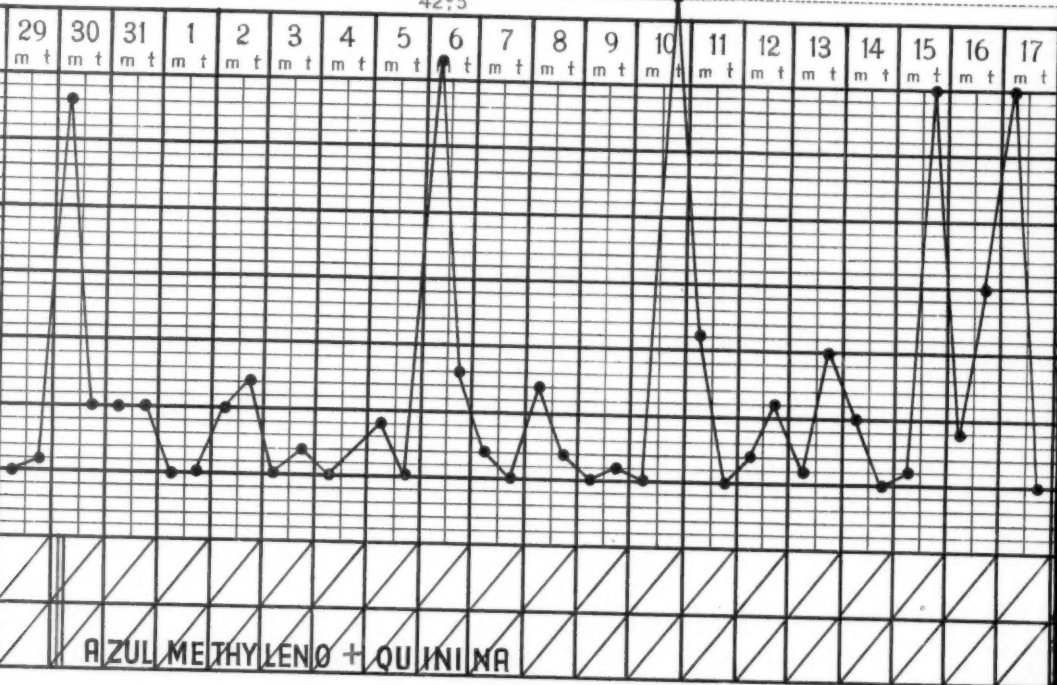
3^a Fase da Observação

Papeleta 6016

Mez de Setembro

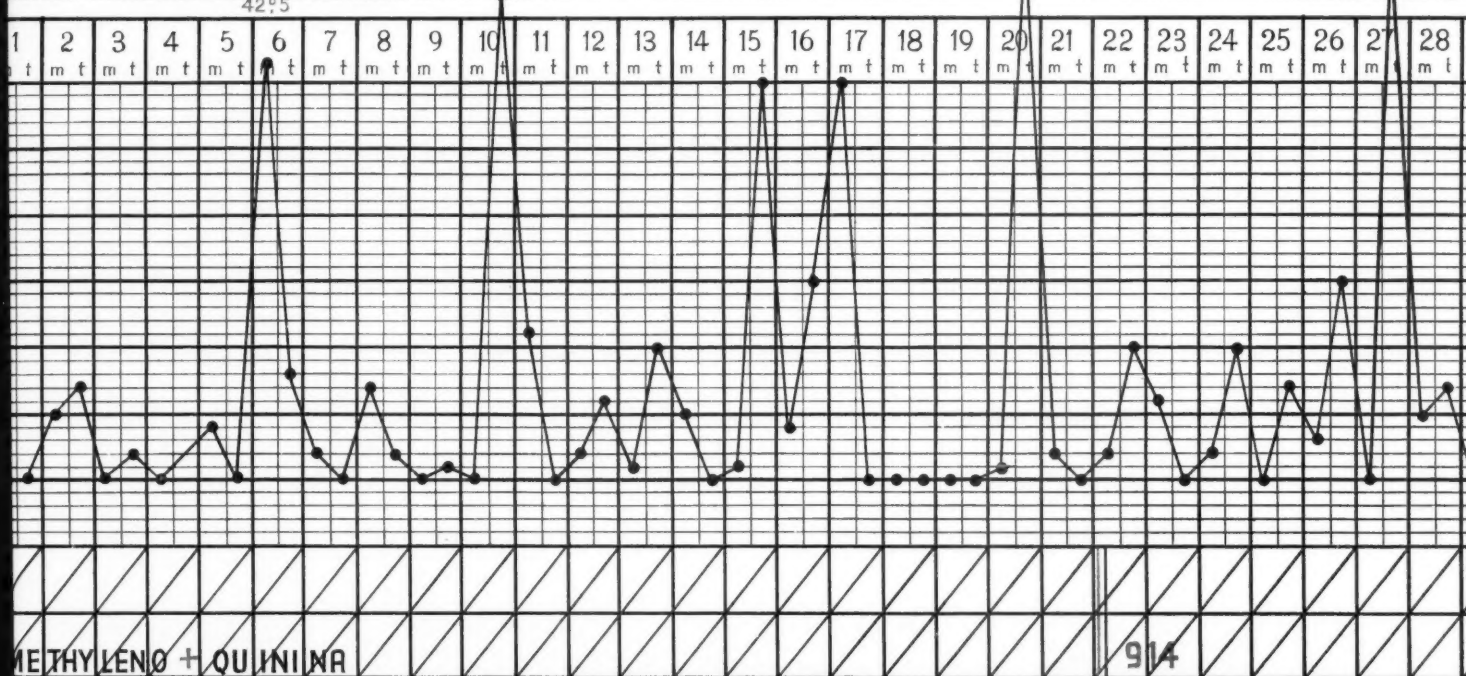
44°

42°5

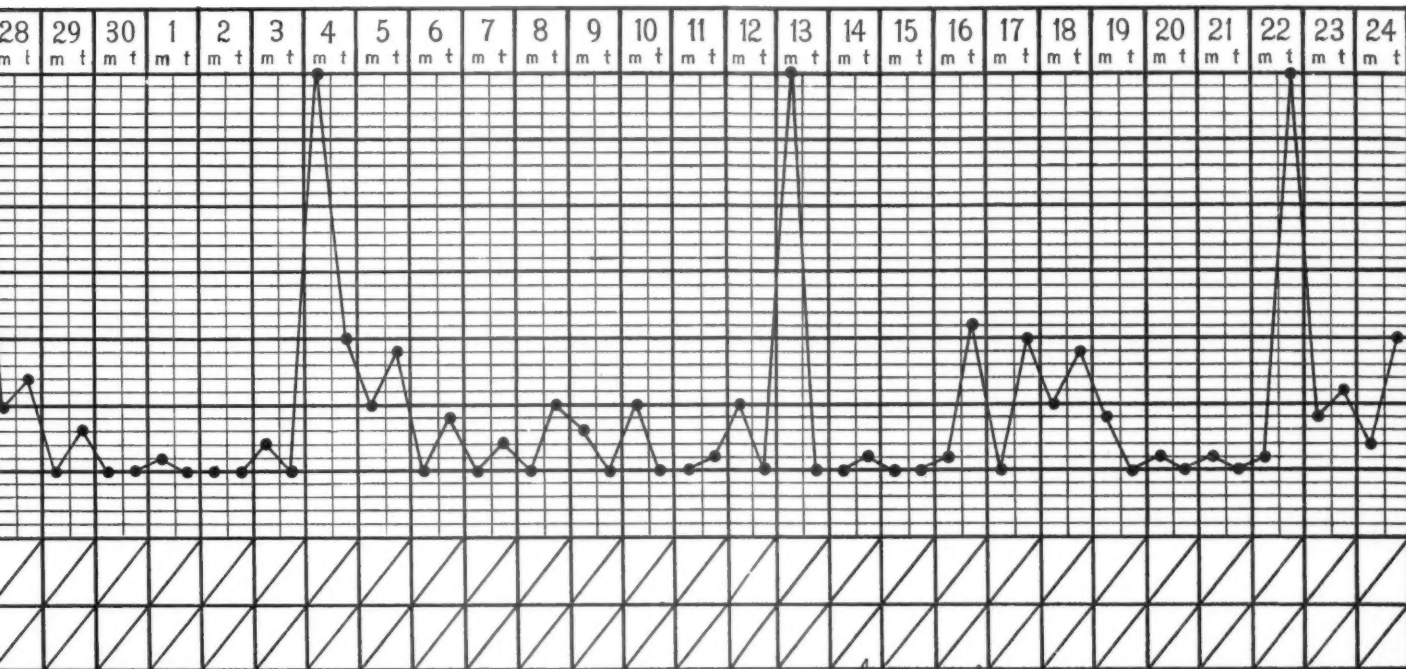


016 *Mez de Setembro*

Mez de Outubro



Outubro



Serviço do Dr.

L. G. F.

Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficencia de Santos

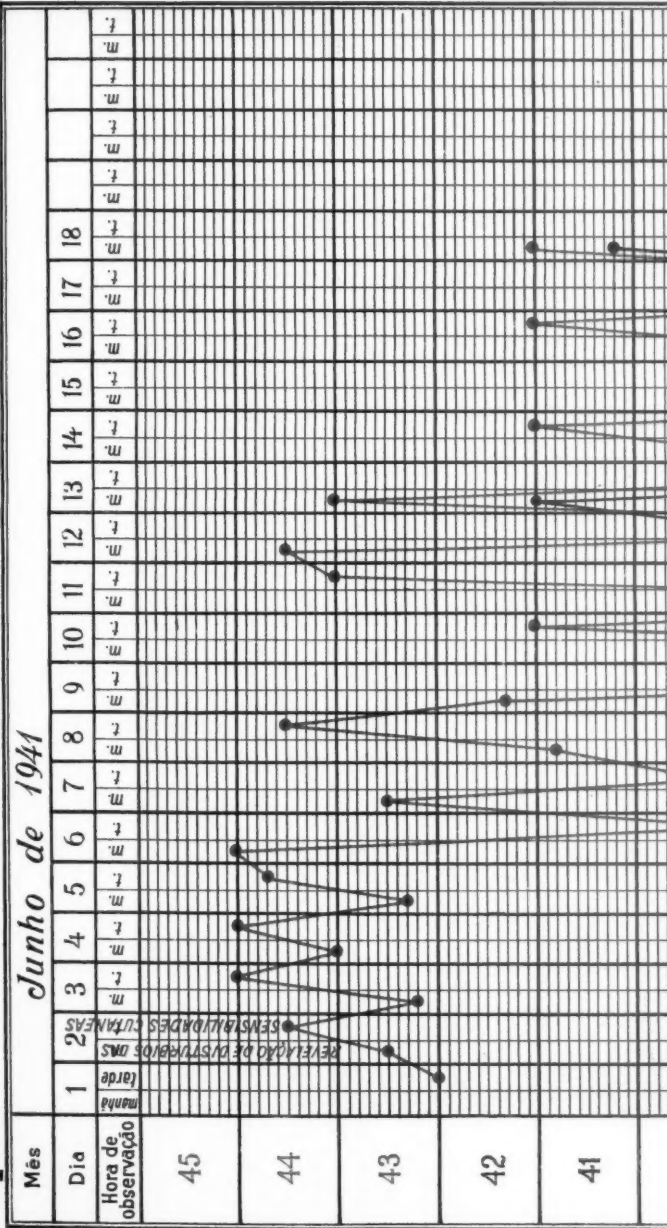
2ª fase da observação

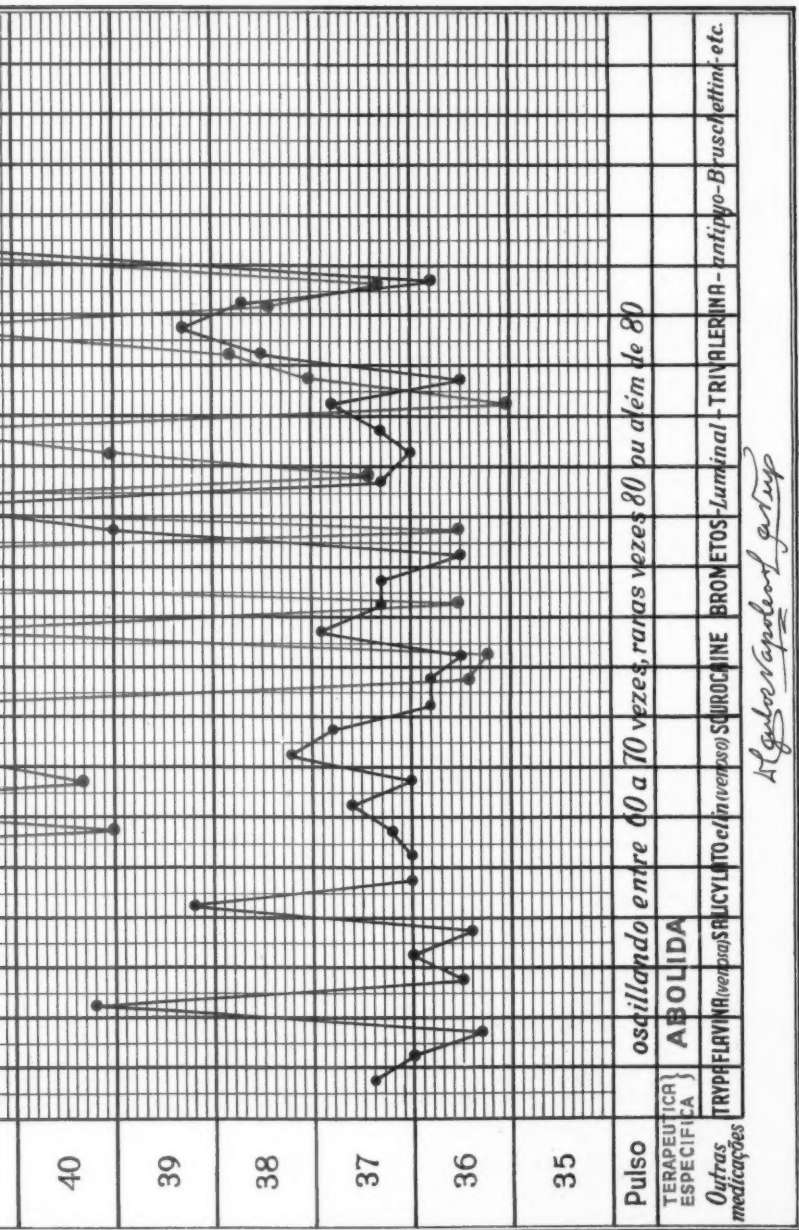
da temperatura axilar:
da temperatura buccal:

Papeleta N° 1151

OBSERVAÇÃO TERMOMÉTRICA

Mês Junho de 1941





O mesmo A., na página 119, diz:

"A terapêutica das psicoses palustres está evidentemente imanente à do paludismo e o emprêgo associado ou sucessivo da quinina, do azul de metileno e do 914 é o que maiores sucessos conta em seu ativo de cura do impaludismo".

O Prof. Juliano Moreira, na página 57 do L. C., no capítulo: "O IMPALUDISMO NA GÊNESE DE CERTAS DETERMINAÇÕES NERVOSAS E MENTAIS", assim escreve:

"Apesar de terem sido as determinações nervosas no curso do paludismo descritas há vários séculos, ainda apresenta dificuldades o seu estudo por isso mesmo que nem sempre é possível afirmar com segurança o que depende só da infecção e o que provem de circunstâncias acessórias, até mesmo do próprio tratamento.

"Do vasto acervo de observações publicadas é prudente aproveitar as melhores documentadas".

E mais adiante:

"Feita em 1881, por Laveran, a descoberta do plasmodium, a verificação deste parasita no sangue passou a ser o critério de afirmação do factor etiológico. Bom será, porém, não esquecer os casos em que nada tinham as determinações nervosas encontradas em certos pacientes com o parasita verificado no sangue. Tivemos mesmo ocasião de ver casos em que a determinação nervosa coexistente e, às vezes, precedente, independia da infecção palúdica. De outro lado algumas manifestações nervosas em certos pacientes que haviam deixado de ter o parasita no sangue, eram evidentemente palúdicas. O desaparecimento daquelas determinações por meio do sulfato de quinina também nem sempre, se isolado, é um critério suficiente porque esse remédio também pôde fazer desaparecer certos estados dos nevropáticos passageiros. De outro lado o abuso desse remédio assim como a intolerância de alguns pacientes ao seu uso talvez também tenham ocasionado distúrbios nervosos que por certo foram levados à conta exclusiva do impaludismo".

Ainda Juliano Moreira, mais adiante, na página 67, continua:

"Devo lembrar aqui que um alienista francês de mérito incontestado J. Vinchon havendo durante três anos e meio permanecido junto ao corpo do exército do Oriente, verificara que os paludosos admitidos no serviço psiquiátrico a seu cargo, apresentavam muitas vezes os sintomas

“de ansiedade em todos os seus graus: por vezes lêve, como ocorria nos serviços de medicina geral, por vezes mais graves levando os doentes ao plano destinado as afecções mentais.

“Logo objetaram a Vinchon que o momento belicoso em que ele observara os seus casos acumulara causas de ansiedade, creara outras tantas “constituições emotivas adquiridas”, agravara outras tantas “constituições emotivas hereditárias”.

E, logo adiante:

“Entre as causas físicas lembra o próprio Vinchon a severidade do clima, de tipo continental, excessivo e penoso. As noites ardentes por causa do irradiação nocturno do sólo super-aquecido durante o dia, não permitiam o sono. A fadiga era geral, persistia apesar do repouso concedido às tropas por isso que este era insuficiente. Juntemos a isto as intoxicações e infecções várias e mais as causas morais: isto é, emoções prolongadas e acumuladas, a duração do exílio, a escassez e incerteza das folgas, a irregularidade do correio, o desconforto dos alojamentos, etc., etc., e bem se vê quão grandes eram os factores de angústia na gente observada por Vinchon”.

O Prof. Joaquim Moreira da Fonseca, na página 121, do L. C., no capítulo “NEURO-IMPALUDISMO”, escreve:

“Essas síndromas nervosas palustre merecem, sem dúvida a atenção dos clínicos, visto como ao lado de outros factores etiológicos da neuro-patologia, tais como a sífilis, o alcoolismo, a artério esclerose, a encefalite letargica, a tripanosomiase, etc., etc., cujo carácter somático de sua patogenia denuncia mau prognóstico, devemos colocar, ainda que não tão comumente, o impaludismo, maximé nas zonas paludicas, ou quando os pacientes delas provenham.

“Tais modalidades clínicas podem ser percebidas não só em pleno impaludismo agudo, como no curso de sua forma crônica ou ainda apresentando remanescente de malária já desaparecida.

“O diagnóstico etiológico dessas formas nervosas de impaludismo se baseia na indagação da zona em que habita o paciente e dos seus commemorativos, acrescida do exame clínico minucioso do mesmo com referência a malária e como complemento imprescindível à pesquisa hematológica do plasmodium de Laveran.

“Por vezes, a verificação hematozoario no sangue periférico é tão dificultosa pela raridade de parasitas na cor-

"rente sanguínea ou mesmo é de toda improficua, de modo "que, em tais casos, devemos lançar mão da punção do "baço, ou melhor, empregar a adrenalina, em injeção hipodérmica, para patentear o impaludismo latente.

"As neuro-síndromas palustres são mais frequentemente "expressões clínicas da forma estivo-outonal ou maligna, sendo "raras as provocadas pelo germen da terçã benigna e "raríssimas as que encontram a sua etiologia na quartã.

"O tratamento específico pela quinina ou pelo azul de "metileno, tão justamente apregoado pelo nosso emiente mestre Prof. Miguel Couto, pode também constituir um bom "meio de diagnóstico a "ulteriori" da origem palúdica da "neuro-síndrome observada em vista da cura do paciente, como, via de regra, se oferece mercê desta duas medicações "específicas anti-maláricas".

* * *

Crêmos ser desnecessário alongarmo-nos em citações que repetem e corroboram esses dizeres. Consideremos, pois, essas autorizadas opiniões.

E' consenso unânime dos A. A.: que a viga mestra do diagnóstico é dada pela presença do Plasmodium, quer precedente, quer no decurso da afecção nervosa. Salientam, de um modo especial, as dificuldades de que se reveste a pesquisa do ematozoário no sangue periférico no decurso das formas nervosas do impaludismo, parecendo que o Plasmodium, nessas formas, adquire uma modalidade predominantemente visceral, como se a sua fixação afastasse o parasita do sangue circulante.

Ressaltam a necessidade das pesquisas iterativas, às vezes exaustivas e, até mesmo improficuas, como aconteceu em nossa observação, durante um período de cerca de trinta dias.

Ensinam os meios necessários para tornar positiva a pesquisa do Plasmodium, como sejam: a injeção hipodérmica de adrenalina, a punção do baço e, até, a autopsia; e, como aquisição mais recente podemos acrescentar a punção external.

Mas, como essa determinação científica nem sempre pôde ser realizada no exercício da clínica, não desprezam os elementos clínicos presuntivos e sintomáticos, como sejam: a procedência de zona palúdica, os sintomas clássicos da malária declarada e a noção anamnética dos acessos típicos febris e, apesar de que "o abuso da medicação em alguns pacientes intolerantes a essa terapêutica específica possa ocasionar distúrbios nervosos que, por certo, serão levados a conta exclusiva do impaludismo", não invalidam, entretanto, a prova ex-juvantibus que sustenta o aforismo "natura morborum curacione ostendūmd", pois que, Miguel Couto considera que o tratamento específico pela quinina e

o azul de metileno pode também constituir um bom meio de diagnóstico a "ulterior" da origem palustre do neuro-síndrome observado e, ainda mais, ensinam que o emprego associado ou sucessivo da medicação ciano-quinino e a do 914 é o que maiores sucessos conta em seu ativo de cura do impaludismo — sob a forma de psicôses palustres.

De modo que, resumindo, uma observação clínica para caracterizar uma neuro-síndrome palustre deve fundamentalmente ser baseada na presença do ematozoário, antes, ou, no decurso da afecção nervosa, quando possível; e, na ausência desta prova, constituem dados de valôr os elementos presuntivos e sintomáticos aliados à prova ex-juvantibus.

Só com estes elementos evita-se incorrer "no vasto acervo de observações publicadas, em que prudentemente se aproveitam as melhores documentadas" e devemos considerar isto como essencial ao diagnóstico, porque, se assim não fôra, tornar-se-ia muito vasto o domínio do neuro-impaludismo". (J. Moreira da Fonseca).

Os estudos de J. Vinchon focalizam a importância que as condições de meio e ambiente, constituídos pelo momento belicoso, exercem no desencadeamento da manifestação nervosa, no decurso do impaludismo.

Considerando-se esses fatos, assim expostos, vê-se que a nossa observação não deixou dúvidas e preenche cabalmente todos os requisitos necessários para considerarmos o nosso caso como sendo uma forma de psicose palustre acompanhada do interessante distúrbio da termoregulação, verdadeiro fenômeno térmico determinado pelo *Plasmodium Vivax*.

Da possibilidade da existência de um estado nervoso anterior, conseguimos apurar, apenas, que o paciente por nós observado, na sua atividade à bôrda, distinguia-se dos demais companheiros pela insistência com que cumprimentava os seus superiores, todas as vezes que com eles se defrontasse.

Essas reverências exageradas denotam um certo estado de servilismo.

No fim do tratamento observou-se exatamente o contrário, pois que, tornou-se tão indisciplinado e desrespeitador das ordens superiores que motivou a sua saída do hospital para completar o tratamento no consultório.

Depois de sua cura foi transferido para S. Paulo de onde tivemos conhecimento que o seu estado continuava bom.

DISCUSSÃO

Analisando-se, com cuidado, a marcha desta observação podemos destacar quatro momentos psicológicos que nos parecem bem interessantes.

O primeiro destes momentos corresponde à primeira fase em que a febre, com os pseudos acessos maláricos, surgiu após quatro dias de completa apirexia, em plena vigência da medicação específica e foi verificada sómente nas regiões axilares e inguinais, enquanto que o exame de sangue era negativo para o Plasmodium.

Si a cura tivesse sido realizada nesse período, com a medicação específica, ficaria sem explicação a resistência do paciente às grandes elevações térmicas por tantas vezes e com tais durações que são consideradas incompatíveis com a vida e, diante dos dados clínicos e dos resultados terapêuticos, ficaria bem amparada a etiologia palustre.

O fenômeno térmico, por certo, já existia e, provavelmente, também os distúrbios na esfera da sensibilidade teriam passado despercebidos.

O segundo momento é aquele em que o doente, estando em S. Paulo, verificou que a febre não voltou mais em seguida à retirada da bolsa de água quente.

Si a observação tivesse parado nesse ponto, si bem que em flagrante contradição com o modo como se desenvolvera a temperatura e com os cuidados com que esta fôra colhida por nós, ficaria de pé a idéia de que tínhamos sido lamentavelmente burlados pelo carvoeiro de bórdo e, ainda mais que isso havia ocorrido em caráter epidêmico, porquanto, vários colegas, assim como os enfermeiros do Hospital, haviam também sido vítimas da mistificação.

Ignoramos se foi feita contra-prova, ou, se seria possível fazê-la em outro paciente qualquer mesmo mais hábil que o carvoeiro, isto é, a reprodução de febre semelhante a esse que foi por nós observada, mediante simples manejo da bolsa de água quente.

Conhecíamos a história da "bolsa de água quente" mais como pilheria do que propriamente como fato e sendo objêto de uso frequente e generalizado não nos consta que já alguém observasse coisa que merecesse ser tomada a sério.

Entretanto, se isso tivesse ralmente acontecido e nós, daqui, tivéssemos lavrado em erro, a observação não perderia o seu valôr, pelos menos para nós, mas o título do trabalho deveria ser, então, o seguinte: "CURIOSA FÔRMA DE TEMPERATURA OCASIONADA POR MISTIFICAÇÃO COM A BOLSA DE AGUA QUENTE"!

Podia, de fâto, ter havido coincidência, como essa ou, mesmo, com outra coisa qualquer, mas uma simples coincidência não constitue prova e nem afirma coisa alguma.

O terceiro momento vem com o aparecimento do Plasmodium no sangue periférico.

Teria sido ele, por ventura, o causador daquele curioso fenômeno térmico e da concomitante psico-neurose?

E si o foi, como os fatos provaram, o causador de tudo o que nos foi dado observar, prque não foi encontrado anteriormente?

Eis, aí, algumas perguntas que pretendemos esclarecer.

O aparecimento tardio do Plasmodium no sangue circulante poderia ser atribuído à reinfestação, ou, à recidiva.

A reinfestação poder-se-ia realizar em três ocasiões: no próprio Sanatório, em S. Paulo, provavelmente de doentes submetidos à malarioterapia; no trajeto de S. Paulo a Santos, passando por zonas malarígenas e à bórdo, na cidade de Santos, pela mesma razão.

Quanto à S. Paulo, não sabemos se lá existe o vectôr da doença e se alguém já foi infestado naquele Sanatório.

No trajeto de S. Paulo a Santos, como a bórdo, a despeito de haver passado a fase epidêmica, seria admissível, visto que a malária reina aqui endemicamente, conquanto o vapor já estivesse atracado ao cáis, fóra do fóco malarígeno e mesmo que, aí, já não houvesse mais impaludados.

Nesta eventualidade deveria tratar-se de um caso de infestação recente e, assim, seria mais provável que o exame revelasse a presença de formas vegetativas e não sómente de gamétos do Plasmodium. O que parece mais certo é que, com a mudança de clima, houve remissão exportânea da moléstia e que o choque cardiozólico talvez agisse determinando o reaparecimento da doença, externando o Plasmodium para a circulação periférica com a consequente recidiva do processo mórbido.

O fáto do Plasmodium não ter sido encontrado nos anteriores exames de sangue, não exclue a sua existência.

Quem sabe, si tivéssemos lançado mão da punção do baço, da pesquisa após injeção de adrenalina e da punção external, teria sido evidenciado?

O quarto momento, o mais interessante, é aquele que decorreu depois do aparecimento do ematozoario no sangue, em que, submetido o paciente à medicação específica, de um módo análogo à primeira fase da moléstia, o quadro clínico reapareceu, máu grado a terapêutica, com as grandes elevações térmicas axilares e idênticas crises nervosas e, desta vês, a constante verificação do ematozoario no sangue pôz em evidencia a sua resistência à quimioterapia, o que autoriza a deduzir que foi naturalmente, sem dúvida, essa mesma resistência que ocasionou o fracasso terapêutico na primeira fase da observação.

INTERPRETAÇÃO

A explicação do fenômeno térmico compete aos estudiosos do complexo mecanismo da termoregulação.

Despretenciosamente procuraremos, entretanto, estudar o distúrbio observado em nosso caso, raciocinando com os fatos conhecidos e já do domínio da clínica geral.

A fisiologia ensina que os fenômenos térmicos do organismo humano são presididos pelos centros nervosos termoreguladores.

Não existe, por conseguinte, um único centro, mas, sim, vários centros nervosos da termoregulação de cujo funcionamento harmonioso resulta o equilíbrio entre a produção e dispersão do calor, a fim de manter a temperatura constante do corpo.

A maioria dos A. A. localiza os centros da termoregulação no cérebro-intermédio (diencefalo) e mais precisamente no ipotalamo (tuber cinereum).

Outros centros também importantes, além do tuber cinereum encontram-se no núcleo caudato e no talamo ótico.

"Segundo H. Meyer, os mecanismos reguladores do calor estão sob a dependência da ação coordenadora de um centro simpático do calor e de um centro parasimpático do esfriamento.

Na realidade a noção anatômica de um centro de esfriamento falta ainda, mas, a hipótese que ele exista seria consolidada pelo fato de que os venenos que excitam o simpático são capazes de elevar a temperatura; os venenos que excitam o parasimpático a abaixam". G. Viola, TRATTATO DI SEMEIOLOGIA, vol. I.

"Em 1938, Dott afirma que não existe substância farmacológica capaz de combater a febre de origem cerebral, salvo o esfriamento artificial". REVISTA DE MEDICINA, ano XVII. Outubro de 1943 — N. 3 — Prof. Dr. Lea Plazo, Dr. Rodolfo Nuñez e Dr. Armando Row — Santiago: El diencefalo; su desarrollo embriológico; su significado. Fisiopatologia y cuadros clínicos.

Também a fisiologia ensina que há uma desigual distribuição de calor nos diversos setores da economia, que, naturalmente, não deve depender exclusivamente de fatores locais.

Aceitas essas premissas vejamos o que nos mostra a clínica.

O impaludismo no seu proteiforme mecanismo de ação sobre o organismo atinge a termoregulação em dois sentidos opostos, isto é, produzindo notáveis elevações e acentuadas baixas de temperatura, realizando na clínica, só esse processo mórbido, as duas formas extremas de febre: a hiperpírica e a algida.

A istéria também se externa com elevações térmicas cujo mecanismo ainda não está esclarecido, si bem que alguém aceite a gênese infecciosa de etiologia não demonstrada.

O impaludismo, por sua vez, alvejando o sistema nervoso, gera inúmeras encefalopatias entre as quais várias modalidades de psicose neuróticas direta e indiretamente.

Esses são fatos do domínio clínico.

Considerando-se, agora, a observação à luz desses conhecimentos, vê-se que duas causas mórbidas compõem o quadro clínico: o impaludismo e a psiconeuróse, quer esta seja filiada ou despertada por aquela.

Os distúrbios térmicos objetivaram-se em regiões simétricas. As grandes elevações térmicas axilares evidenciaram-se, com preferência, simultaneamente, com as crises nervosas.

Juntando-se a esses fatos e anodínia dos antitérmicos empregados, parece não haver dúvida que o distúrbio foi, de fato, de origem nervosa e central.

Ora, como a termoregulação está sob a dependência de vários centros; como a distribuição térmica é desigual nos diferentes departamentos da economia; como as toxinas palustres podem agir tanto sobre o sistema simpático, elevando a temperatura, ou, sobre o sistema parassimpático, baixando-a não seria ousado admitir que essas mesmas toxinas quebrassem o funcionamento harmônico dos centros da termoregulação e, agindo sobre certos e diferentes pontos, produzisse o fenômeno realizado em nosso doente.

Poderia também admitir-se que esse determinado indivíduo apresentasse condições singulares de reação térmica, mas, isso, só em hipótese, visto como não temos provas nesse sentido.

E' de rotina fazer-se o diagrama térmico, pelo menos em nosso meio, referente às regiões axilares e não raro surpreende-se diferenças entre os dois lados quando a febre é de ordem geral.

Seria útil que se investigasse comparativamente a temperatura, simultaneamente, não só nas regiões axilares como na bucal o que, além de demonstrar qual o nexa entre a marcha de temperatura nessas regiões, nas diversas entidades mórbidas, poderia surpreender modalidades térmicas de interesse clínico e, quiza, mesmo, semelhantes ao acaso por nós fortuitamente observado, principalmente na isteria e no neuroimpaludismo.

CONCLUSÕES

N.º 1: — Registrámos um inédito fenômeno térmico no decurso de uma psicose malárica que se caracterizou pelos seguintes elementos:

A) inversão entre as elevações da temperatura das regiões cutâneas (axilares e inguinais) e das regiões mucosas (bucal e anal) sendo, ao contrário do normal, inferior na região das mucosas;

B) ausência de sincronismo entre as oscilações das temperaturas cutâneas e mucosas das regiões mencionadas, cau-

sando a impressão da existência de centros térmicos funcionando independentemente;

C) elevações máximas: 45 graus C na região axilar e 42 graus na mucosa bucal;

D) absoluta indiferença da temperatura axilar a vários medicamentos antitérmicos empregados.

N.º 2: — O agente etiológico foi o P. Vivax.

N.º 3: — A cura clínica, tanto da psicose palustre como do fenómeno térmico, foi obtida com a medicação específica, feita seguidamente: Atebrina, Azul de Metileno, Quinina e Neosalvarsan.

* * *

Antes de finalizar não podemos deixar de consignar aqui os nossos mais vivos agradecimentos aos colegas Antônio Arantes e Edmir Boturão, aquele pela sua esclarecida colaboração clínica e a este pela sua não menos estimável colaboração fazendo todos os exames de laboratório, principalmente nas reiteradas e exaustivas pesquisas do ematozoário.

Seja, pois, como fôr, aqui está a "observação" e aguardemos "QUE DIGAM OS SABIOS DA ESCRITURA QUE SEGREDOS SÃO ESSES DA NATURA".

a EDITORA ANCHIETA

RUA XAVIER DE TOLEDO, 216 — SÃO PAULO

comunica que está lançando

"OS SERMÕES" do Pe. VIEIRA

em reedição fotográfica da edição "PRINCEPS" de 1679

DR. SYLVIO COSTA BOÖCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA MARCONI, 48 - 3.º ANDAR - APART. 34 — FONES: 4-7744 E 8-2134



PUREZA E EFICÁCIA



BALSOFORME
CLOROFÓRMIO SPÉCIA
ÉTER ANESTÉSICO RHODIA
KELENE GERAL



SCUROCAINE
KELENE LOCAL
STOVAINE

*CORRESPONDÊNCIA: *Rhodia* C. POSTAL 2916 - S. PAULO

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE, MOLÉSTIAS TROPICAIS E INFECCIOSAS,
EM 4 DE AGOSTO

Presidente: Dr. Mauro Pereira Barreto

Oxigênio dos focos de anófeles de São Paulo. — Dr. Ovidio Unti. — Neste trabalho o A. estuda as variações do oxigênio em águas criadoras de anofelinos do Estado de S. Paulo (Brasil), tanto em focos mantidos em laboratório como "in natura", empregando, na determinação do oxigênio, o método volumétrico (iodométrico) de Winkler.

Tece comentários sobre o oxigênio naturalmente dissolvido na água, sua relação com os seres aquáticos, superiores e inferiores e descreve as técnicas, não só do método como realizou as provas experimentais do oxigênio em relação à vida larvária, como também sobre a técnica da colheita da amostra da água e dosagem do oxigênio.

O A. também realizou estudos

sobre a desoxigenação lenta da água e sobre a respiração branquial (aquática) dos anofelinos. Nas provas de laboratório sobre a ação do oxigênio nas larvas de "A.albitarsis, A.argyritarsis, A.strodei" e "A.noroestensis", exaurindo lentamente o oxigênio existente em águas mantidas em aquários, onde foram colocadas as espécies em apreço, o A. verificou que, enquanto o oxigênio se manteve dentro das taxas 4 e 6 mil $\text{°}/\text{°}$ (p.p.m.), as larvas permaneceram ativas, morrendo todas quanto a taxa decresceu a 1,5 ml $\text{°}/\text{°}$.

Larvas de Culicini (Culex quinque fasciatus) criam-se perfeitamente em águas tanto ricas como pobres em oxigênio.

As larvas de "albitarsis, strodei" e "noroestensis" suportam maior tempo o decréscimo do oxigênio



Laboratório de **HORMOTHERAPIA**

Alché

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL. 4-6462

ESTABILIZANTE
(VIA GÁSTRICA)

Colóides estabilizantes contidos no soro de animais previamente preparados.

Indicado nas frequentes perturbações dispepticas das crianças sujeitas ao alimento artificial. É um poderoso estimulante de todas as secreções externas das mucosas e das glândulas do aparelho digestivo. Impermeabiliza a mucosa do tubo digestivo aos agentes tóxicos e infecciosos. Medicação específica das cólicas.

Doses: UMA AMPOLA ADICIONADA AO LEITE DE CADA REFEIÇÃO.

do que as larvas de "argyritarsis". Em águas isentas de oxigênio previamente fervidas, as larvas de anofelinos morreram no curto espaço de tempo, que foi desde 15 a 45 minutos.

Em focos naturais o A. observou que as larvas de "albitarsis, pessoai, estrodei, noroestensis" se criaram em águas pouco poluídas onde o oxigênio oscila entre 2,5 e 6 ‰. O "A. lanei, A. argyritarsis, A. darlingi, A. parva, A. luizi, A. antunezi" são espécies mais exigentes, preferem águas bem oxigenadas, ricas em vegetação aquática clorofilada e com valores desse metalide entre 6,5 a 9,5 mil ‰.

Finalmente o A. analisa os seus resultados obtidos tanto em laboratório como no campo e conclue que o "oxigênio dissolvido" constitui um elemento indispensável, de ação primordial e decisiva na vida aquática das espécies do "Grupo Nyssorhynchus", aconselhando a poluição do seus focos, como medida econômica anti-larvária, mediante o emprego de matérias orgânicas preferentemente origem vegetal (casca de arroz, café, de vagem de feijão, bagaço de cana e outras escórias vegetais) afim de exaurir o oxigênio d'água e impedir a evolução dos "Anopheles" transmissores da plasmódiose humana.

Comentário. — Dr. Luis Morato Proença. — Desejaria que o dr. Unti me informasse se na dosagem do oxigênio dos criadouros de anofelinos por ele estudados, foi levada em consideração também a medida do pH?

Dr. Ovidio Unti. — Em todas as águas em que fizemos a dosagem do oxigênio, dosamos o seu pH, mas as medidas se revelaram ser sem importância. De um modo geral, todas as medidas foram inferiores a 6, mesmo em águas fermentando.

Dr. Renato R. Corrêa. — É muito interessante o trabalho do dr. Unti, e creio que tal tema constitui um vasto campo de pesquisas para o futuro, porque os ano-

felineos de São Paulo têm grande preferência, para as águas limpas. Assim, por exemplo, o "tarsimaculus" no nosso litoral, se cria bem, apenas em criadouros nessas condições. Portanto, o sistema de profilaxia consistindo na poluição dos criadouros de anofelinos, talvez seja um bom meio para combatê-los e de grande interesse na profilaxia da malária em nosso Estado.

Os vetores da malária procuram os focos de água limpa enquanto os mosquitos que não são vetores, procuram os focos de águas poluídas, próximas de residências, etc. de modo que assim se tem também de orientar a profilaxia, cuidando mais de combater certos tipos de criadouros do que outros.

Dr. Mauro Pereira Barreto. — Pergunta se o A. realizou estudos comparativos entre a tensão de oxigênio e a tensão do gás carbônico dos criadouros por ele estudados. Os americanos estão dando grande valor à questão da tensão do gás carbônico na água dos criadouros de Anofelinos, sendo este fator também importante, para todo e qualquer tipo de vida aquática animal ou vegetal. Seriam interessantes estudos a este respeito em nosso meio. O pH parece não ter grande influência sobre as larvas de anofelinos, ao passo que a tensão do gás carbônico sera de suma importância.

Dr. Ovidio Unti. — Não fizemos as verificações da relação da tensão do oxigênio e do gás carbônico.

Método simples e rápido para a dosagem da quinina no sangue.

— Dr. Ovidio Unti. — O A. descreve um método simplificado, rápido e sensível para a dosagem da quinina no sangue, empregando pequena quantidade de sangue e de reativos e dispensando aparelhagem própria para extração do alcalóide.

O método é baseado na fluorescência azul, característica da quinina quando este é tratado pelos ácidos sulfúricos ou tartárico e

exposto aos raios ultra-violetas emanados da lâmpada a vapores de mercúrio munida de um filtro especial para a fluorescência. A fluorescência azul desaparece quando a solução quinínica é tratada pelo ácido clorídrico. Esta reação físico-química não se verifica com outras substâncias ou alcalóides.

Em linhas gerais, a marcha do processo é a seguinte:

O sangue (1 cc.) é tratado por 3 grs. de sulfato de sódio anidro que o desidrata. Pulveriza-se e transfere-se o pó para um balão de capacidade de 25 cc. onde é tratado com amônia (IV ou V gotas) afim de alcalinizar a quinina. Extrai-se o alcalóide, em banho-maria, tratando-o pelo clorofórmio-éter (clorofórmio 16 cc. + éter 4 cc.). Resfria-se e decanta-se o clorofórmio-éter passando-o para outro balão. Repete-se a operação por mais duas vezes, no fim do que o clorofórmio-éter decantado deverá estar totalmente evaporado. Junta-se água acidulada pelo ácido sulfúrico a 2 % em quantidade correspondente ao volume de sangue empregado (1 cc.). Em seguida, a solução acidulada é transferida para um tubo de vidro neutro de 13 x 1,5 afim de ser comparada a sua fluorescência a de uma solução padrão de sulfato de quinina.

Conhecido o volume de sangue correspondente ao residuo obtido na evaporação do clorofórmio-éter, fácil será o cálculo da concentração quinínica, comparando-a à fluorescência obtida por uma solução de sulfato de quinina de título conhecido.

Com essa técnica o A. pôde evidenciar a fluorescência azul da quinina em sangue de animais onde esse alcalóide achava-se na fraca concentração de 1/6.000.000, ou sejam 0,00017 "de miligrama" por cc. de sangue. A sensibilidade à prova da fluorescência depende do aparelho utilizado, e, conforme este pode-se evidenciar a quinina em concentrações até 1/50.000.000.

O A. realizou dosagens em branco, com sangue normal, tratado, oxalato, com ou sem sulfato de sódio anidro e comparou as dosagens procedidas com amostras de sangue em que foram adicionadas quantidades conhecidas de sulfato de quinina. Nestes casos, a perda na recuperação da quinina oscilou entre 10 % a 15 %.

Com este método pode-se utilizar quantidades de sangue inferior a 1 cc. Nas suas provas o A. trabalhou tanto com 1 cc. como com 0,2 de cc.

A quantidade de sangue e de reativos exigidas é mínima e a circunstância aliada ao curto lapso de tempo (20 a 25 minutos) necessário para cada dosagem numa amostra e a extrema sensibilidade da quinina à prova da fluorescência facilitam, grandemente, a execução de curvas no sangue tanto em homens como em pequenos animais de laboratório.

Algumas provas de imunização e neutralização cruzadas entre o vírus neutrópico da febre amarela clássica e o vírus isolado de doentes de febre amarela silvestre na epidemia de 1936-1937, no Estado de São Paulo. — Dr. Lucas Assunção. — (O trabalho se acha publicado na integra na Rev. Paulista de Medicina, XXIV, 175-177).

—Comentários: — Dr. Luis Morato proencha. — Desejo felicitar o Assunção pelo seu trabalho tão bem apresentado, mas acho que o mesmo ficaria mais certo, se fossem feitas referências ao surto epidêmico de febre amarela em São Paulo, não de 1937, mas sim entre 1936 e 1937, pois na verdade o surto começou em principio de 1936; houve depois uma pausa e em 1937, ele reascendeu novamente.

Dr. Lucas Assunção. — Estou de pleno acôrdo com a proposta do colega e em meu trabalho corrigirei este lapso antes de ser dado à publicação.

Dr. Luís Morato Proença. — E' considerado bastante apreciável o valor da prova de proteção?

Dr. Lucas Assunção. — Em virologia, dá-se um valor enorme às provas de proteção.

Dr. Luís Morato Proença. — Trabalhei como médico em 1936 por ocasião da epidemia referida, e nesta ocasião, adoeci com uma sintomatologia mais ou menos frusta, que me fez pensar em tudo, menos em febre amarela. Fiz apenas o tratamento sintomático e melhorei. Naquela ocasião o dr. Paulo Antunes realizou, com meu sangue, uma prova de proteção, que deu um resultado positivo. Cheguei então à conclusão, baseado neste resultado de que a prova de proteção é considerada uma prova absolutamente segura.

Dr. Lucas Assunção. — Se a prova de proteção foi positiva, não resta a menor dúvida de que se trata mesmo de febre amarela. A infecção natural (não por vacinas), deixa anti-corpos por toda a vida e daí a positividade permanente das provas de proteção.

Dr. Mauro Pereira Barreto. — Tive ocasião de verificar a prova de proteção em um indivíduo, que teve febre amarela no século passado, e que, até 1941, tinha uma reação nitidamente positiva. Esta prova, eu a vi realizada nos Estados Unidos, pelo dr. Sellards.

Os anofelíneos da ilha de Santo Amaro. — Drs. Renato R. Corrêa e Alberto S. Ramos. — (O trabalho se acha publicado na integra da Revista Paulista de Medicina, XXIV, 177-178).

Sobre um caso de malária quartã no litoral. — Dr. Davi Coda. — O A. assinala em Iguape (Estado de São Paulo) um caso autóctone de malária quartã comprovado pelo exame do sangue periférico, onde foram encontradas formas típicas do "Plasmodium malariae". Este é o primeiro caso publicado sobre o encontro dessa plasmodiose no litoral sul paulista e décimo quarto no Estado de São Paulo.

Microfotografias foram apresentadas com a presente comunicação.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE AGOSTO DE 1943

Presidente: Prof. Eurico Silva Bastos

A via de acesso de Gaenslen na cirurgia dos esporões do calcâneo. — Dr. S. Hermeto Júnior. — O A. inicia o seu trabalho, referindo os conceitos atuais anatomopatológicos sobre os esporões do calcâneo, os quais fundamentam as técnicas operatórias que visam a remoção dos mesmos. Neste particular referem que atualmente devemos considerar os esporões subcalcaneanos como osteoperiosteites crônicas, localizadas, de preferência, ao nível da tuberosidade interna do calcâneo. A favor deste conceito, o próprio A., em trabalho anterior, demonstrou em seus preparados (provenientes de peças operatórias), a existência daquele processo de osteo-periostite crônica. A consequência da periostite é

a talalgia, que a tradução clínica do esporão. O A. refere a técnica clássica de Pauchet, conforme ilustrações originais, que utilizou em vários casos. Salienta que na técnica de Pauchet podemos deixar de extirpar completamente o esporão, porquanto não dominamos o contorno mais anterior da tuberosidade interna, e daí a possibilidade de recidivas. O A. resolveu utilizar a técnica preconizada por Gaenslen para o tratamento da osteomielite do calcâneo, que aborda a face inferior através de uma incisão plantar mediana. O A. estudou no cadáver as bases desta via de acesso, e reputa-a como excelente, não interferindo com as formações anatómicas das lojas plantares; permite uma ampla

visão da tuberosidade interna, e não provoca uma cicatriz dolorosa, como poderia parecer à primeira vista.

O A. utilizou a via de Gaenslen, em 2 doentes portadores de recidivas de esporões do calcâneo bi-lateral. Os resultados operatórios, até o presente, são bons. O A. ilustra a técnica que utilizou, com desenhos originais, baseados em operações pessoais. O A. salienta, tanto na técnica de Pauchet como na que utilizou ultimamente, ser indispensável a ressecção do tecido adiposo sub-calcaneano. Em sua disseções e operações não tem encontrado a bolsa serosa descrita por Lenoir.

Comentários. — Dr. Eurico da Silva Bastos. — Nós já estamos acostumados a ouvir com prazer as conferências do dr. Hermeto Júnior, onde ele sempre apresenta, ao lado de uma exposição brilhante, provas de sua grande capacidade. Na comunicação de hoje, apreciamos também a parte técnica por ele apresentada. Eu posso até certo ponto referendar as palavras do dr. Hermeto Júnior, porquanto já me utilizei da via calcaneana média, com excelentes resultados e um dos meus doentes, um antigo entregador de contas da Light, foi operado de esporão do calcâneo pela via de Gaenslen e hoje anda perfeitamente, o que vem comprovar que a cicatriz não é dolorosa. É verdade que a minha experiência é muito pequena neste assunto, mas ela vem confirmar inteiramente o que foi dito pelo dr. Hermeto Júnior. Acrescento ainda que não drenei a ferida operatória.

Para terminar quero ressaltar mais uma vez o interesse da presente comunicação.

Dr. S. Hermeto Júnior. — Só tenho a agradecer as palavras amáveis do prof. Bastos, que, anteriormente aos nossos conhecimentos da existência desta via de acesso, havia executado a mesma operação, com bons resultados.

Nova técnica na anestesia peridural. — (Nota prévia). — Dr. Alvaro Dino de Almeida. — O A. afirma que a anestesia peridural é uma das variedades de anestesia que mais vantagens apresenta, sendo entretanto pouco difundido o seu uso, pelas dificuldades técnicas na sua realização. Essa anestesia consiste na introdução do anestésico no espaço peridural. Injeção no espaço sub-aracnóideo, ou então uma falha do anestésico. As dificuldades de execução, até o presente momento, tem sido grande, sendo necessário para a sua realização um especialista com prática e um perfeito conhecimento da anatomia da região.

Pelos trabalhos até hoje existentes, conhecem-se vários sinais de localização da agulha no espaço peridural: resistência à punção do ligamento amarelo, sinal da gota ou sinal de Gutierrez (que é o mais divulgado), sinal da oscilação respiratória da gota, sinal da aspiração continuada, sinal da água destilada, facilidade de injeção (embolo fácil), sinal da espuma, ausência de escoamento de liquor e outros de menor interesse, todos eles falhos, sendo o melhor o sinal da gota, que mesmo assim falha em uma percentagem de 20 a 40 % dos casos.

Com a nova técnica apresentada, tem-se 100 % de bons resultados com o máximo de facilidade. Vejamos no que consiste esta técnica. Em primeiro lugar, punciona-se o ligamento inter-espinhoso e fixa-se a agulha. Retira-se o mandril e adapta-se no pavilhão uma seringa de 3 cc. de água destilada; coloca-se um elástico indo do apoio da agulha até o embolo, de modo a submetê-lo a uma pressão constante. O embolo não se desloca porque a ponta da agulha vai sendo introduzida, e atravessando o ligamento amarelo, a ponta penetra no espaço peridural, onde o tecido é frouxo, há uma súbita baixa e resistência e o embolo se desloca automaticamente, injetando a água destilada.

Dêste modo temos a certeza de se ter encontrado o espaço peridural por um sinal bem evidente, de fácil observação e infalível.

Com a simples introdução desse elástico exercendo pressão sobre o embolo, conseguiu-se grande perfeição técnica e extraordinária facilidade de execução. O A. enumera a seguir, as seguintes vantagens do seu método: 1.º) permite uma punção rápida e segura; 2.º) dispensa dispositivos especiais; 3.º) dispensa o fator "treino"; 4.º) pode ser feita com qualquer agulha de bisel curto; 5.º) pode ser feita com agulha fina; 6.º) permite absoluto controle da penetração e orientação da agulha; 7.º) dá, ao mesmo tempo, 3 sinais de penetração no espaço: resistência do ligamento amarelo, facilidade de injeção e dor à água destilada; 8.º) não impede que seja feita a pesquisa dos outros sinais; 9.º) torna mais difícil a perfuração da dura-mater pelo seu afastamento exercido pelo jacto líquido; 10.º) impede a oclusão da agulha pela pressão constante existente em sua luz.

Esta nova técnica veio simplificar grandemente a anestesia peridural, revolucionando completamente o conceito de dificuldade em anestesia peridural, permitindo que essa excelente modalidade de anestesia seja utilizada em um maior número de casos com a máxima segurança.

Comentários. — Dr. Luís da Rocha Azevedo. — Em geral, é sempre muito mais difícil simplificar um assunto do que torná-lo complexo. O grande mérito da presente comunicação é ter sido reunido em um único conjunto de sinais, que, até então, só podiam ser observados separadamente.

Deve ser salientado ainda um fato que o dr. Dino não nos disse, mas que os que o conhecem avaliavam: ele tem conseguido resultados brilhantes com anestésias peridurais altas, de que já possui uma experiência grande e boa.

Deve ser salientado que isto não ocorre com qualquer anestesia, e que, em 26 anos, Becuwe teve a lamentar 6 acidentes graves, inclusive 2 mortes.

O dr. Dino é portanto um anestesista hábil, e a modificação da técnica da anestesia peridural, que ora nos apresentou, é não somente inatacável como também de grande relevância.

Como ele fez de início um apanhado geral sobre o método, peço permissão para tecer alguns comentários em torno de certos conceitos aqui apresentados não são críticas propriamente, e são feitos, tendo em vista o valor do trabalho de meu colega.

Quando o paciente está sentado, a pressão do liquor aumenta nas partes mais inferiores do saco dural, enquanto pode ficar muito pequena nas partes altas. Isto faz com que nas peridurais altas, o fato de não sair liquor pela luz da agulha não possa ser considerado como prova da não perfuração da dura mater. O bisel pode mesmo estar só com a ponta no saco dural, e, quando se faz a aspiração, a luz do mesmo pôde ficar ocluída pelo saco dural; isto não impede porém que o anestésico seja injetado no interior do mesmo.

Tenho a impressão que, em tais casos, o sinal de Enos Mondadori, ou seja, a dor quando da injeção de água destilada é a única prova digna de confiança, por ser o único sinal, que não depende da pressão negativa do espaço peridural.

Em casos de dúvida nesse particular, há ainda mais uma útil manobra que merece ser lembrada, qual seja a compressão das jugulares, que, aumentando a pressão do liquor, faz com que este apareça na luz da agulha.

Quanto à negatividade da prova da gota, a meu ver, não é propriamente a posição sentada o que condiciona a turgescência venosa: quando se coloca o indivíduo sentado, com flexão dos segmentos cervical e lombar da coluna, aparece no espaço peridu-

ral uma pressão negativa; se, porém, houver demora em se praticar a punção, o sangue é aspirado para o plexo venoso peridural, e em consequência há diminuição e desaparecimento da pressão negativa. E' a demora, mais do que a própria posição do paciente o que tem influência.

Tive ainda ocasião de constatar um fato, que tem certo interesse: ao se praticar a peridural, com a percaína; há um aumento no tempo de sangria, enquanto com o uso da neotutocaina causava uma boa diminuição no tempo de sangria. O número de casos em que isso foi pesquisado foi pequeno, mas dado o interesse da questão, ela é apresentada como uma possibilidade a ser melhor estudada.

Outro comentário, de interesse meramente especulativo, se refere ao estado da gordura peridural. A disseção de peças anatómicas, mesmo em cadáveres não fixados, demonstra que ela não é semifluida, e nem mesmo que tem distribuição uniforme. No interior do espaço peridural há principalmente um tecido celuloso muito frouxo, e que permite a mobilização grande aí existente; o tecido gorduroso peridural não é compacto, e tem uma localização preferencial nas reentrâncias determinadas pela inserção dos ligamentos amarelos nas apófises espinhosas, na linha mediana, e também, lateralmente, em torno dos buracos de conjugação.

Dr. S. Hermeto Júnior. — A comunicação que acaba de ser apresentada pelo nosso companheiro dr. Dino, é mais um passo extraordinariamente útil e de grande interesse prático para a maior difusão da anestesia peridural. Nos anos de 1935 a 1937, na I.ª C. H. do Hospital Central da Santa Casa, enfermaria do dr. Raul Vieira de Carvalho, realizamos algumas anestésias peridurais para operações sôb o abdome inferior seguindo a orientação clássica. Desde o início nos convencemos de que o sinal da gota não era um

sinal seguro. No que diz respeito às anestésias peridurais altas, não temos experiência.

Na mesma época em que realizamos aquelas experiências, tivemos conhecimento dos trabalhos de Dogliotti. Tivemos então conhecimento do uso da seringa com ar, para verificar se a agulha está no espaço peridural, mas apesar disso tivemos alguns insucessos, que atribuímos ao fato destes sinais nem sempre serem dignos de uma confiança absoluta, pois podem falhar. Ante esta experiência, acredito que qualquer sinal que se descreva para dar maior convicção ao cirurgião se está ou não no espaço peridural, é digno dos nossos elogios, e representa sempre um grande auxílio técnico. O presente sinal, que acaba de nos ser descrito, está dentro destes requisitos, sendo, além disso simples e facilmente realizável. Assim sendo, só tenho a felicitar o dr. Dino pelo êxito de sua comunicação.

Antes de terminar, desejo fazer referência dentro da literatura, citando a tese do dr. Lorenzo e um trabalho do dr. Carmo D'Andréa, já publicados em nosso meio, em que são encarados vários aspectos da anestesia peridural. Também desejamos fazer uma referência especial às peridurais altas, realizadas com inteiro êxito no serviço de Ugo Pinheiro Guimarães, do Rio de Janeiro.

Dr. Rui Ferreira Santos. — Em primeiro lugar, quero cumprimentar o dr. Dino pela clareza e pela felicidade do seu achado. O sinal e a técnica de sua aplicação, por ele descritos, são de uma simplicidade muito grande, e, por isso mesmo, destinados à maior divulgação e difusão, permitindo que a anestesia peridural possa ter um emprêgo bem mais largo, conforme merece seus méritos. A simplicidade e facilidade da técnica mostra bem o cuidado e a consciência com que o dr. Dino se entregou a este estudo, no que foi aqui, citado, e que é o da utilização desta técnica no vivo. Assim

é que a manobra descrita e comentada, é efetivamente brilhante no vivo e não encontra inesperados desmentidos. Eu mesmo, tive ocasião de testemunhar a facilidade e o sucesso da mesma. Ela deve ter o nome de "manobra ou técnica de "Dino de Almeida", pois todo o êxito cabe exclusivamente a ele".

Dr. Carmo D'Andréa. — Com sinceridade, não ousariamos pedir a palavra e só o fazemos, porque fomos citados pelo dr. Hermeto Júnior, assim, agradecemos primeiramente ao mesmo, as palavras elogiosas com que se referiu à nossa contribuição à anestesia extradural, e ao mesmo tempo aproveitamos a oportunidade para felicitar o nosso prezado colega, dr. Dino de Almeida, que demonstrou ser um estudioso da questão, contribuindo para maior segurança e difusão da anestesia peri-dural da qual, somos grandes entusiastas.

Com referência à anestesia peri-dural, o trabalho que apresentamos, há algum tempo a esta Casa, não se referia propriamente a questão da pesquisa dos sinais. Nós apenas apresentamos um dispositivo por nós idealizado, que, infelizmente não posso apresentar neste momento portanto, no mesmo trabalho, não trouxemos nenhuma novidade com referência a pesquisa de sinais: Só simplificamos a questão do material no sentido de que, a agulha, alcançado o seu ponto eletivo, não possa progredir mais, evitando que ela se introduza na dura mater, ganhando o espaço aracnóideo. Este dispositivo consiste em uma braçadeira que envolve a agulha e que é governada por um parafuso. Desde que a agulha alcance o seu ponto eletivo, esta braçadeira é fechada e a agulha não pode progredir mais.

Com referência ao sinal da gota de Gutierrez, a colocação de uma gota na extremidade da agulha, nem sempre é um processo muito cômodo, pois, frequentemente esta gota cai, obrigando o cirur-

gião a colocar uma nova gota. Para evitar este inconveniente, idealizamos o seguinte: construímos um dispositivo que nós batizamos de "gota de Gutierrez", e que consta de uma esfera de metal escavada em uma de suas faces, de modo que a gota fica colocada, alojada dentro da escavação. Este dispositivo é adaptado à extremidade da agulha. Pode-se assim, perceber perfeitamente quando a gota é aspirada, de modo que o sinal de Gutierrez é observado com muito maior facilidade.

Eram estes fatos que eu desejava referir. Ademais, só tenho a elogiar o A. de tão interessante técnica.

Prof. Eurico Silva Bastos. — A impressão da presidência em torno do trabalho do dr. Dino, é a mesma impressão de todos: o presente trabalho veio trazer um adiantamento de grande valor para a anestesia peri-dural, e concordamos que esta nova manobra seja denominada de "manobra de Dino de Almeida", para se fazer justiça ao seu autor.

Dr. Alvaro Dino de Almeida. Agradeço aos colegas, as suas felicitações.

Quanto ao dr. Rocha Azevedo, no que diz respeito às peridurais altas, a resposta já foi dada pelo dr. Hermeto Júnior, que tem conhecimento de peridurais altas, executadas com grande sucesso no Rio de Janeiro e em outros centros. Pessoalmente tenho feito um número grande de peridurais altas, no serviço do Prof. Vasconcelos, principalmente para extirpação de bôcio, de pulmão, de esôfago, toracoplastias, etc., todas com absoluto sucesso. A punção entre D1 e D4 é até mais fácil do que a punção lombar, embora o risco seja muito maior, porque naquele nível; o espaço peri-dural é mais amplo e a distância entre apófises espinhosas maior, pela maior flexibilidade da coluna cervico-dorsal.

Quando à posição sentada, o que eu quis dizer foi o seguinte: a po-

sição sentada demorada, traz uma congestão dos plexos venosos, concorrendo para uma diminuição da pressão negativa do espaço peridural. A curvatura da coluna é neste ponto o mais importante.

Quanto à gordura do espaço peridural, toda a porção que circunda a duramater tem gordura, mas nos cadáveres fixados, ela se torna mais evidente nos recessos, talvez devido a sua dissolução pelo formol.

Quanto ao dr. Hermeto Júnior, a respeito do trabalho do dr. D'Andréa (respondendo ao mesmo tempo a este) eu sempre dei muita importância ao dispositivo por ele inventado, o qual já tive ocasião de usar por várias vezes. De fato, é muito importante a fixação da agulha, e este dispositivo

serve perfeitamente para isso. Algumas vezes tenho usado prendedores de gravata para o mesmo fim, idéia esta que devemos ao prof. J. M. de Freitas.

Ao dr. Rui, as suas palavras elogiosas, devem ter sido influenciadas pela nossa amizade.

Ao prof. Bastos, de fato, eu cometi uma falta de esclarecimento com referência ao uso de agulhas simples. Nestas o dispositivo pode ser adaptado, desde que o elástico tenha certa largura e seja perfurado previamente pela agulha, o elástico prender-se-á no pavilhão.

A seguir foram projetados alguns filmes científicos, oferecidos pelo dr. Coordenador dos Assuntos Inter-Americanos em São Paulo.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFIOLOGRAFIA, EM 11 DE JUNHO DE 1943

Presidente: Dr. João Paulo Vieira

Sobre a patologia das dermatoses profissionais. — Prof. Dr. Mário Artom. — O A. faz interessantes considerações sobre as dermatoses que podem ser consideradas profissionais e sua patologia, chamando a atenção para a falta de trabalhos em nosso meio sobre este assunto, e a sua magna importância, em face das novas leis sociais, que visam proteger os trabalhadores contra as doenças profissionais.

Hemoculturas nos surtos febris do pênfigo foliáceo. — Dr. José Aranha Campos. — O A., depois de fazer a revisão da literatura estrangeira e nacional sobre as hemoculturas feitas no pênfigo em geral, mesmo em períodos febris, conclui ser o estreptococo o germe mais comumente encontrado. Atribui ao fato de muitos microorganismos serem apontados como possíveis agentes do pênfigo à circunstância dos casos observados serem em número muito reduzido, ou de não terem sido fei-

tas as hemoculturas em período febril, como mandam os preceitos bacteriológicos.

O A., que tem a experiência em mais de 600 casos, praticou no Hospital de Pênfigo, hemoculturas durante os surtos febris espontâneos acima de 39° C., em 130 internados.

Obteve em 100 % das hemoculturas, estreptococos, cultura pura. Fazendo contra-provas, em doentes com temperatura normal ou com hipertermia provocada obteve o streptococo hemolítico em um caso apenas e em grande quantidade de casos, hemoculturas positivas para estafilococos "albus", alguns hemolíticos.

Dividiu os doentes em 5 grupos, de acordo com a gravidade dos casos, e notou que os surtos febris são raros nos casos em regressão ou frustos, e muito frequentes nos enfermos com a dermatose generalizada, principalmente nos que vieram a falecer, nos quais predominam os surtos na período final.

Chama a atenção sobre a íntima relação existente entre a bacteriana estreptocócica e os surtos febril e bolhoso.

Atribui a morte de tantos doentes — cerca de 40 % dos hospitalizados —, com seu cortejo — hiperpirexia final, diarreia, etc., — à toxemia estreptocócica, uma vez que sempre encontrou este germe, de caráter tóxico e hemolítico, nas pesquisas anteriores à morte.

Fala que nos surtos febris, provocados artificialmente, o estado geral do doente não se modifica, nem se manifestam surtos bolhosos.

Relata um acaso em que obteve regressão da dermatose com sulfamilamida e anatoxina estreptocócica e recomenda o seu emprego no pênfigo.

Conclui, pelas pesquisas apresentadas, ser o estreptococo hemolítico o provável agente étiopatogênico do pênfigo foliáceo (Fogo Selvagem).

Comentários. — Dr. Evandro Pimenta de Campos. — O dr. José Aranha Campos disse que a doença é pouco conhecida. É pouco conhecida em relação à sua etiologia, pois que clinicamente ela é bem conhecida entre nós. Também o dr. Aranha fez um pequeno histórico sobre os AA. que têm feito pesquisas sobre o pênfigo foliáceo penso que entre estes, deveria ser citado o nome do prof. Lindenberg, que tentou demonstrar que o pênfigo é devido a um "virus".

Dr. B. Mário Mourão. — Eu quero felicitar calorosamente o dr. Aranha pelo seu belo trabalho; fui citado várias vezes por ele. De fato, em trabalhos que trouxe, há cerca de 3 anos, nesta casa, ainda não havia naquela ocasião um estudo definitivo a respeito dos germes piogênicos no pênfigo. Tive, então, a oportunidade de demonstrar em 86 doentes que o estreptococo hemolítico era obtido por hemocultura no início, durante e no final dos surtos febris. Frisei, também, no mesmo traba-

lho, que houve casos de septicemia e de bacteriemia. A observação da coincidência de surto febril intenso e hemocultura negativa foi verificada em 3 casos, sendo um dado interessante como comentário ao trabalho do dr. Aranha. Num desses casos praticamos as hemoculturas à tarde, no acme da febre. Eu não concordo com o dr. Aranha no seu modo de considerar surto febril, pois eu só considero o doente em surto febril quando a temperatura vai além de 37,5, devido à febre de supuração (sapremia), existente na maioria dos casos de pênfigo em evolução. Possuo na minha casuística alguns doentes nos quais não houve surto febril e, entretanto, as hemoculturas foram positivas, sendo que, desses, alguns foram casos graves e mortais, evoluindo sem febre.

A importância da toxina do estafilococo no pênfigo foi demonstrada em trabalho do Instituto Butantã por Aschcar. Relativamente às hemoculturas positivas para estafilococos no pênfigo, verificamos que, na maioria dos doentes, não há um intenso surto febril, como acontece frequentemente nos pênfigos com hemoculturas positivas para estreptococos. Há nos casos positivos para estafilococos, uma evidente relação entre a capacidade toxigena do germe e a evolução do caso clínico.

No que diz respeito às formas frustas, eu tive ocasião de observar um caso com hemocultura positiva, em que isolei um estreptococo do grupo inerte. O caso evoluiu sem febre.

Quanto à questão da reação observada com a injeção de toxina, sabemos que os estreptococos produzem toxinas solúveis, sendo a toxina eritematogênica a mais conhecida, responsável pela toxemia na escarlatina e utilizada na reação de Schick. A este propósito, o dr. Aranha Campos, injetando uma vacina nas suas experiências, talvez tivesse obtido apenas uma reação de intolerância protéica, tipo Köber. Acho que este ponto

deve ser devidamente esclarecido, pois o dr. Aranha deve injetar separadamente uma suspensão de estreptococos e a toxina estreptocócica, conforme queira verificar a ação da toxina ou a reação intradérmica causada pelos corpos bacilares.

E' indiscutível a importância dos étio-patogenia do pénfigo, porém, quanto à afirmação de que eles sejam os agentes etiológicos, é uma afirmativa difícil de ser feita no presente momento, apesar do progresso das pesquisas neste sentido.

Tenho a impressão que, no estado atual dos nossos conhecimentos, só a prova terapêutica, aliada ou não à quimioterapia, nos diria qualquer coisa para esclarecer tal questão. Mas a prova terapêutica específica é difícil de ser feita, pois os estreptococos se dividem em diversos grupos e estes, em numerosos tipos e os sôros estreptocócicos tipo-específicos integrais (anti-bacterianos e anti-tóxicos) são difíceis de serem obtidos. Se o sôro não fôr específico, êle pode provocar graves reações para o doente, conforme já tive ocasião de verificar no Serviço do Pénfigo Foliáceo.

Para terminar, eu desejo, mais uma vez, felicitar o dr. Aranha pelo seu interessante trabalho, principalmente no ponto de vista clínico.

Dr. João Paulo Vieira. — A comunicação que acabamos de ouvir, foi bastante interessante. Quanto ao uso das sulfanilamidas que o A. acha de grande interesse nos casos de Pénfigo, posso afirmar que no Hospital "Ademar de Barros" essa medicação foi até proibida, pois foi grande o número de acidentes e desastres que causou nos casos graves em que foi ensaiada. E, verdade que, em alguns casos, houve regressão, mas esta não pode ser atribuída a determinado agente terapêutico. Quanto ao uso do sôro, temos usado o antiescarlatino e o antiestreptococo em mais de 30 casos, sem resultado apreciável. Alguns doen-

tes chegaram a tomar 100 c.c. de sôro antiestreptocócico e antiescarlatinoso em doses maciças, tendo até alguns dêles a doença do sôro e sinais de intoxicação, sem apresentarem evidentes melhoras. Quanto ao facto do estreptococo tomar parte no quadro do pénfigo é um fato que não deixa dúvidas conforme já documentámos em trabalhos nossos.

Dr. José Aranha Campos. — Antes de tudo, agradecemos aos colegas os amáveis comentários em torno de nosso trabalho.

Com referência à observação do dr. Pimenta sobre a falta de citação do nome do prof. Adolfo Lindenberg no "histórico" de nosso trabalho, justificamos essa ausência, pelo motivo seguinte: no trabalho do sábio professor, aliás muito conhecido, é atribuída a etiologia do pénfigo a um vírus hematogênico. Na presente contribuição, citamos apenas os A. A. que encontraram microorganismos em hemoculturas.

Ao dr. Mourão lembramos que o trabalho apresentado representa o início de uma série de outros que pretendemos trazer em reuniões futuras, tendo já elaborado um plano de pesquisas nesse sentido.

Quanto às hemoculturas, foram elas praticadas não só em doentes de forma generalizada e grave, como também nos casos frustos e iniciais.

Os surtos febris muito elevados, não são frequentes. Consideramos na presente comunicação apenas os surtos "espontâneos" de 39° C., para cima. Ainda mais, o sucesso do emprêgo da sulfanilamida nos surtos bolhosos, vem abonar a hipótese, por nós aventada, de ser realmente o estreptococo hemolítico o responsável pela formação das bolhas no pénfigo. Com referência à questão da toxina, daremos maiores esclarecimentos em trabalho em elaboração, o qual pretendemos trazer a esta Casa em futuro próximo.

A propósito dos comentários do dr. João Paulo Vieira, sobre os desastres ocorridos com o uso da sulfanilamida usada pelos drs. José Ricardo Guimarães e Benedito Mourão em doentes do Hospital Ademar de Barros —, atribuímos, em parte, à falta de técnica na sua administração. Somos adeptos do uso desta droga; contudo, como é óbvio, praticando antes da ministração certos exames do doente, como p. ex.: — prova de concentração renal —; e ao mesmo tempo acompanhando diariamente a evolução dos sintomas, como fizemos no caso mencionado em nosso trabalho, em que obtivemos a regressão completa da dermatose.

As possibilidades da sulfanilamidoterapia, entretanto, não foram de todo exploradas no pêfigo, devido à proibição de seu uso pelo Serviço, o que se deu em consequência aos insucessos iniciais, — o que lamentamos.

A respeito da terapêutica pelo soro, aconselhamos sua aplicação em altas doses e durante 8 - 10 dias no máximo. Os casos de "intolerância" ao soro, observados no hospital, nada mais foram que a "doença do soro", provocada por um tratamento muito prolongado, o que é frequente em 0 % dos casos.

Somos de opinião que o soro anti-estreptocócico da praça não tem qualquer ação sobre o pêfigo, conforme pudemos verificar em doentes por nós tratados na Santa Casa, onde empregámos elevadas doses. O mesmo porém não acontece com o soro anti-escarlatínico.

Foliculoses alérgicas e carenciais. — Prof. Joaquim Mota. — A reação queratósica ao nível do folículo piloso constitue uma reação banal relacionada com causas muito variadas, se bem que nos tratados e manuais, os autores individualizem formas clínicas.

Em diversas dermatoses tal reação folicular se apresenta sempre com o mesmo caráter clíneo, que corresponde ao que se chama geralmente de espinulosismo.

Merecem muita atenção as sífilides foliculares, as tuberculides, as léprides e as frambósides, bem como o grupo das micides, cujo conhecimento é de aquisição mais moderna.

E' necessário analisar os estados carenciais da pele. Comumente, a hipovitaminose A também provoca esse tipo de reação cutânea.

Estudos sobre a blastomicose brasileira. — Prof. Floriano de Almeida, dr. Carlos da Silva Lacaz e dr. Aderbal Cunha. — O presente estudo versa sobre o agente etiológico da blastomicose brasileira. O aspecto microscópico do cogumelo, meios de cultivo e inoculações em animais sensíveis foi também considerado.

Qual a denominação que se deve dar ao agente da moléstia? Baseando-se numa extensa literatura e de acordo com as regras internacionais de nomenclatura, a única denominação válida para o agente da nossa blastomicose, é "Paracoccidioides brasiliensis" (Splendore 1912) Almeida 1930".

SESSÃO EM 13 DE AGOSTO

Presidente: Dr. João Paulo Vieira

Considerações sobre o diagnóstico e tratamento da sífilis. — Dr. Pedro Chaná. — O autor, depois de referir que no Chile o tratamento da sífilis é uma das maiores preocupações dos dermatólogos e sifilógrafos, declara que, no momento, duas correntes se de-

frontam no tocante ao tratamento pelos arsenicais. De uma parte Prats-Infante advogam o tratamento maciço em 5 dias, tratamento este também instituído por outros sifilógrafos chilenos, e de outra parte o conferencista e outros advogam o tratamento inten-

sivo que é feito em 25 dias. Justifica o seu modo de pensar pelas estatísticas de mortalidade que, no tratamento maciço dá uma percentagem de 0,97 %, isto é, 14 enfermos em 1.769 tratados pelo método de dose maciça. De acordo com o método intensivo na sua estatística, que ainda é um tanto recente (300 casos tratados) não obteve nenhum caso de morte. Apenas nas gestantes contaminadas é de parecer que nem mesmo o método intensivo deve ser tentado, baseando-se na mortalidade maior das gestantes da estatística do método de tratamento por dose maciça. Acredita que o método intensivo tende a substituir totalmente o clássico método antigo de 4 anos de tratamento, pois a maior parte dos doentes desanimam e não terminam as prescrições terapêuticas, com graves danos para a profila-

xia e terapia da sífilis. O seu método baseia-se na aplicação de dois centigramas de Rrsenoux por quilograma de peso, numa série de 5 dias, devendo o paciente ter um repouso de 5 dias seguintes, em que prescreve o tratamento por extratos anti-tóxicos do fígado, vitamina C, isto é, uma medicação desintoxicante. Há vantagem desta pausa, mesmo porque as encefalites arsenicais, bem como as reações biotrópicas de Milian aparecem sempre nesse decurso do tratamento. Depois desta pausa de 5 dias, o paciente recomeçará o tratamento mais 15 dias, integrando sempre o mesmo sistema, dose total de 2 centigramas por quilograma de peso. Terminando a sua palestra, o Sr. Presidente agradeceu ao Dr. Pedro Chaná o ter atendido à solicitação da mesa para se fazer ouvir na Secção de Dermatologia.

SESSAO EM 24 DE AGOSTO

Presidente: Dr. João Paulo Vieira

Reprodução de bolhas em doentes de pênfigo foliáceo. — Dr. João Paulo Vieira. — Iniciou o autor uma série de experiências, visando a reprodução de bolhas em indivíduos curados de pênfigo foliáceo, nos de formas frustas, bem como nas formas de regressão quasi total da moléstia. Este estudo, visava, antes de mais nada ver até onde iria a responsabilidade dos germes piogênicos da pele, na formação das bolhas. Primeiramente, o autor utilizou duas sortes de material, sendo o primeiro obtido pela técnica de Baillina para escarmoterapia, que é a que se segue: Retiram-se e pesam-se e grs. de escamas de determinado doente, colocam-se em um frasco de 100 c.c., juntando-se um volume de éter que dê para cobrir as escamas, 1 c.c. a mais de altura. Fecha-se o frasco durante três dias, agitando sempre várias vezes e fortemente. Coloca-se então sóro fisiológico fenicado a meio por cento, sendo 15

c.c. para cada grama de pó de escama. Agitar bem e deixar uma noite o frasco aberto em uma campanula de vidro. Dá-se então a evaporação do éter, ficando uma emulsão de escamas. Com esse método, obteve o autor um material em que não houve a morte de estreptococos e estafilococos e "Bacillus subtilis" tão irrequentes nas escamas de doentes de pênfigo (prova de esterilidade feita por Dr. Luis de Sales Gomes). Esta emulsão foi inoculada intradermicamente nos doentes de formas frustas, formas de regressão e em doentes curados. Conseguiu o autor reproduzir bolhas típicas, características, verdadeiras lesões elementares, destacando-se principalmente as que foram obtidas em R.S., O.C. e R.S., sendo algumas dessas lesões com halo característico, descamação central, sendo as bolhas chatas e purulentas. Numa doente, N. S., a lesão elementar foi vesiculo-pustulosa, semelhante a que a doente ainda tem espar-

samente em certos e determinados surtos passageiros e atenuados da moléstia. Numa segunda experiência com material em que a prova de esterilidade apenas era a existência de cocos gram positivos (*Bacillus subtilis*) foram feitas novas inoculações nos mesmos enfermos. Nestas, não foram obtidas as lesões características de bolhas chatas e flácidas. No material colhido numa dessas lesões que supurou não foram encontrados germes patogênicos, mas sim leucócitos degenerados sem a presença de estreptococos e estafilococos. Em determinados doentes, como E. F., conseguiu o autor apenas uma reação intensa focal (com o primeiro material contaminado) o que vinha demonstrar a grande defesa deste organismo. Parece que os germes piogênicos, principalmente os estreptococos, devem ser incriminados pela lesão bolhosa chata, que é a lesão do pênfigo foliáceo, num terreno em que o quimismo do sangue, se achasse grandemente perturbado. Na mesma série de pesquisas orientou o autor as suas vistas para ver se era possível conseguir-se um teste que demonstrasse uma reação favorável do organismo nos casos de cura, de regressão ou de um prognóstico favorável da moléstia. Assim, com o mesmo material dessas escamas filtrado em papel de filtro e em seguida filtrado em vela de Zeitz, obteve o autor um líquido completamente estéril (prova de esterilidade feita por Dr. Luis de Sales Gomes e Assistente Dr. B. M. Mourão). Este filtrado estéril serviu para uma série de experiências de intra-reações. O resultado foi o seguinte: nos doentes curados, nos de franca regressão e naqueles em que a moléstia involuiu favoravelmente, obteve o autor sempre uma reação precoce positiva, traduzida por um eritema de mais de 2 centímetros de diâmetro, podendo ser o mesmo muito intenso nos indivíduos curados, eritema este que desaparecia no fim de 2 ou 3 dias. Nos

indivíduos de forma grave da moléstia e nos de forma crônica, em que não há tendência para a regressão, e nos quais, em uma parte da pele sã, foi possível fazer-se intra-reação com este filtrado, nunca se obteve a positividade deste teste. Há uma verdadeira anergia nesses casos. Foram feitas contra provas nesses mesmos indivíduos com soluções fenicadas, com soro fisiológico e com proteínas de leite fervido, sendo todas elas negativas nos indivíduos em que se obteve reação eritematosa para o filtrado.

Outra série de experiências está sendo prosseguida e que consiste em inocular este mesmo filtrado diluído em soro fisiológico nas doses de um décimo até um meio a dois centímetros e injetado endovenosamente nos doentes de pênfigo foliáceo. Há uma reação de choque, calafrio intenso, ligeira queda da temperatura, mas sem o caráter do choque hemoclásico, pois não há baixa de pressão e eosinofilia e muito menos leucopenia. Estas reações proporcionadas pelos filtrados endovenosamente são favoráveis para o organismo dos enfermos, cujos resultados futuros procuraremos trazer mais tarde a esta Casa. Decorre de nossas experiências que, com o filtrado acima, já podemos ter um teste na evolução clínica do pênfigo foliáceo. Apresenta o autor em seguida uma discriminação detalhada de suas experiências com documentação fotográfica da reprodução da lesões bolhosas.

Algumas considerações sobre pênfigo foliáceo. — Dr. João Paulo Vieira. — O autor, nesta comunicação, encara um dos pontos que julga mais confuso da dermatologia, e que se refere às dermatoses bolhosas. Assim é que, numa visão de conjunto faz considerações sobre o grupo dos pênfigos e suas relações com numerosos outros síndromos bolhosos cuja classificação tem sido a mais obscura. Procura esquematizar o assunto, caracterizando as varie-

dades de pêfingo da forma que as mesmas são encaradas pela escola do Brasil em que São Paulo figura com grande material em estudo. Admite o pêfingo infeccioso, pêfingo agudo febril grave de Penet, 1880 — o pêfingo sub-agudo de bolhas extensivas de Brocq (1912-1920), o pêfingo crônico verdadeiro ou vulgar (Besnier, Darier, Brocq) o pêfingo vegetante de Neumann e o pêfingo foliáceo (Cazenave — 1844). Ao lado destas variedades pode-se ainda colocar a epidermólise bolhosa e o pêfingo de cistes sucessivas, verdadeiras distrofias cutâneas hereditárias.

Nestas entidades mórbidas deve-se incluir a dermatite de Duhring e a "herpes gestationis", cujo parentesco é bem próximo desta última afecção. A dermatite de Duhring é moléstia rara entre nós, mas sem o característico dado pelo autor americano (Duhring), que ressalta como caráter patogênico o agrupamento herpetiforme das lesões que não deve ser levado em conta, como diagnóstico diferencial, pois no pêfingo foliáceo encontra-se sempre com frequência lesões em círculos, em arcos, em arabescos e ainda mais o polimorfismo do elemento dermatológico. Um sinal de grande interesse na dermatite de Duhring, que reputamos de grande importância, é o que diz respeito às vesículas e bolhas que são tensas, citrinas, e nunca chatas como soe acontecer no pêfingo foliáceo. As localizações ainda não obedecem às do chamado "fogo selvagem".

Não concorda o autor com as denominações de dermatites dolorosas polimórfas de Brocq, de que Kaposi faz tão judiciosa crítica. No admitir a dermatite de Duhring, faz o autor certa ressalva, quanto aos casos graves e mortais citados por certos autores americanos. Quanto ao pêfingo dos neonatos ou "contagiosus infantum" é o autor da opinião de Sabouraud, que vê nesta denominação muito poucos de impetigo contagioso, tão frequentes nas ma-

ternidades, devida à exaltação dos estreptococos, afecção que se manifesta por lesões bolhosas na primeira infância. No grupo do pêfingo, nas formas infantis, acredita que deveria ficar apenas a dermatose de Ritter v. Rittersheim que morfológicamente é um pêfingo foliáceo (Artom e Radaelli). Outra terminologia que procura afastar é a que se refere às hidroses, adotada por Unna. Corresponde às hidroses simples, às dermatites bolhosas dolorosas ou dermatite de Duhring hidroses graves, que correspondem às formas de pêfingo. Outra preocupação do autor é também esclarecer a terminologia de pêfingo e pêfingóide, que também traz uma certa confusão denominados pêfingóides refulsão num assunto já tão obscuro. rem-se a infecções bem caracterizadas e que num momento dado se manifesta por surtos bolhosos. Esta expressão pêfingóide foi adotada em 1891 por Besnier e A. Doyon. E' assim que esses autores descrevem o pêfingo bolhoso, a mais funesta das dermatoses malignas, a moléstia bolhosa por excelência, começando insidiosamente, invadindo muitas vezes as mucosas, com ou sem remissões e acalmia, marchando para uma terminação as mais das vezes fatal ou tendendo ao pêfingo foliáceo. Como estados pêfingóides, citam a dermatite bolhosa multiforme e o eritema multiforme bolhoso (ou hidrototoxicodermia).

Na sua comunicação o autor ainda procura afastar as denominações de pêfingóides que como bem esclarece, não devem prevalecer, pois estas englobam as dermatites de Duhring, eritemas polimórfos e as toxicodermias quer de origem interna ou externa, bem como outras afecções bolhosas, que manifestam na evolução de determinados estados cutâneos. Pensa o autor que o pêfingo foliáceo deverá ficar ao lado das outras variedades de pêfingo, isto é, do pêfingo vulgar crônico ou verdadeiro, pêfingo vegetante, entidades autônomas, bem como o

pênfigo agudo infeccioso e o pênfigo sub-agudo de folhas extensivas de Brocq, aos quais já fizemos referências acima. O pênfigo traumático hereditário e o pênfigo traumático de cistes sucessivos, moléstias raras e consideradas mais como distrofias cutâneas hereditárias, devem ser afastadas do grande quadro do pênfigo pelo seu caráter de distrofias hereditárias e pela sua não gravidade "quod vitam" dos enfermos.

E' de grande importância na diferenciação do pênfigo foliáceo tropical ou sul-americano, mais conhecido por "fogo selvagem" um caráter distintivo do quadro dos pênfigos europeus, e que diz respeito a não incidência de lesões nas mucosas. E' de grande interesse ainda o conhecimento, entre nós, das formas frustas a que o autor tem dedicado grande atenção, formas em vesperilos, de Orsini (1928) e que foram realçadas por Rabelo Júnior e Mário Artom. Estas formas são estudadas pelos autores americanos sob a denominação de síndrome de Seneear-Uscher englobando, aquêles autores, nessas formas, alguns casos de lupus eritematoso e eczema seborréico.

Comentários. — Prof. Mário Artom. — Lembro que entre as dermatoses bolhosas deveria ser citado também o "herpes gestationis". Em relação ao chamado pênfigo infantil, acho que nêle se deve englobar a dermatite exfoliativa de Ritter, assim como a "hydroa puerorum" que é uma forma infantil de dermatite herpetiforme. Acho muito interessante o estudo do mecanismo de formação das bolhas, mas o problema não pode ser resolvido com as pesquisas químicas sobre o conteúdo em amino-ácidos e uréia do líquido. As bolhas do ponto de vista fisiológico, no pênfigo, devem ser consideradas como epifenômeno da manifestação edematôgena cutânea. Em grande número de doenças cutâneas encontramos al-

terações da permeabilidade e ao mesmo tempo, alterações da capacidade de absorção do derma. Segundo a intensidade desses fenômenos, podemos ter edema ou bolha. Podemos ter estímulos edematôgenos locais e gerais. O que distingue o conteúdo das bolhas do pênfigo do das outras formas, é que há muito maior quantidade de proteínas e derivados celulares, muitos acham que tal diferença seja devida à maior permeabilização cutânea no pênfigo, e, em segundo lugar, à maior lise epitelial. Durante muito tempo se estudou experimentalmente a produção das bolhas em muitas formas mórbidas, e as condições da formação na pele esperando-se poder determinar a sua patogênese. Há, por exemplo, os estudos de Petersen e Wills, que fizeram pesquisas muito interessantes, sobretudo em relação ao estudo da permeabilidade cutânea na urticária. Seria interessante a continuação de tais estudos. Quanto à classificação do pênfigo até hoje tem sido exclusivamente baseada em conceitos morfológicos; espero que os estudos aqui feitos possam trazer esclarecimentos o problema da etiologia do pênfigo tropical e no mesmo tempo elucidar alguns dos muitos problemas da patogênese das dermatoses bolhosas.

Dr. Afonso Bianco. — Desejo citar o caso de uma doente minha, moça de 20 anos mais ou menos, que apresentou regressão completa da doença; fez tratamento dessensibilizante e depois deu-se muito bem com o tratamento arsenobenzólico.

Dr. Náleo Guilherme Cristiano. — Desejo fazer algumas referências ao recente trabalho de Mc Cardle e colaboradores, publicado ultimamente, onde é estudado o mecanismo da formação das bolhas no pênfigo vulgar, chegando-se à conclusão de que não está ligada ao aumento da pressão hidrostática ou da permeabilidade dos capilares e sim, mais prová-

velmente, à transformação do colágeno hidrofago em lipoproteínas francamente hidrófilas.

Dr. João Paulo Vieira. — Iniciamos ainda experiências de inoculação com triturados de "borrachudos", com o fim de verificar a

possível relação entre o pênfigo e a picada de simulídeos. Em dois coelhos, obtivemos encefalite, que não se reproduziu em novas inoculações. Nos camondongos inoculados o resultado foi sempre negativo.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE AGOSTO

Saudação aos pediatras paranaenses. — Foram as seguintes as palavras do dr. Leme da Fonseca.

Snr. Professor Irineu Antunes.

E' com sincera satisfação que vos apresento cordiais boas-vindas, em nome dos colegas da Secção de Pediatria Paulista de Medicina.

Não é de hoje que nos conhecemos. Conservamos grata recordação da época em que, — decorridos são já sete anos, — procurastes o nosso centro médico com o objetivo de completar o arsenal científico, já então bastante rico, com que pretendíeis conquistar a docência-livre de Clínica Pediátrica na Faculdade de Medicina de Curitiba. Frequentastes, então, por algum tempo, o serviço do nosso colega e amigo dr. Vicente Lara, no Instituto de Higiene, de Clínica Pediátrica da Faculdade de Medicina, e deste-nos também o prazer de realizar, no serviço que dirigíamos, na Casa da Infância, estudos sobre reação à tuberculina nas crianças que ali se achavam recolhidas.

Sequistes, depois, para vos apresentardes à banca de concurso e o realizastes com o brilhantismo que esperávamos.

Continuamos a seguir, com interesse e amizade, vossa trajetória na prática e no ensino médico. Foi, assim, com real satisfação, que tivemos notícia de que estáveis regendo a cátedra, substituindo o eminente professor Raul Carneiro, afastado temporariamente por motivo de moléstia, e, também, de que ieis, embora disso

Presidente: Dr. Vicente Lara

não tivéssemos ainda confirmação, concorrer à cátedra, oportunamente.

Credenciais para isso não vos faltam. Conhecemos, apesar da vossa grande modéstia, a inteligência, a cultura e competência que possuíis.

Desejando o nosso presidente, da maneira a mais louvável, estabelecer um intercâmbio, útil para todos, entre os meios pediátricos do nosso e de outros Estados, do Brasil, teve a feliz lembrança de para dissertar sobre um dos muitos temas que têm merecido vosso estudo. Acedendo, amavelmente, ao convite, escolhestes um assunto que nos preocupa duplamente, como amigos da criança e como brasileiros, despertando, por tais motivos, todo o nosso interesse.

Agradecendo, pela Secção de Pediatria, o prazer e a honra de vossa visita, fazemos votos por que tenhais feliz permanência em São Paulo, e pela continuação do brilho de vossa carreira no ensino médico.

A mortalidade infantil em Curitiba. — Dr. Irineu Antunes. — O A. apresentou interessante trabalho, sobre a mortalidade infantil, em Curitiba, trazendo os quadros estatísticos, cujos números são bastante satisfatórios e tratando das prováveis causas sociais, econômicas e higiênicas, capazes de reduzir a mortalidade infantil, para as quais tem ultimamente voltado especialmente a sua atenção.

Comentários. — Dr. Vicente Lara. — Quando tive a subida honra de assumir a presidência

desta nobre Casa, apresentei-vos, meus caros colegas, um, programa das atividades que tencionava desenvolver, e dos assuntos que me pareciam dignos de ser estudados. Como deveis estar lembrados, foi o ominoso tema da mortalidade infantil, que sublinhei como o mais grave e o mais premente de todos quantos nos defrontam. Ele merece, na realidade a prioridade nas nossas cogitações, não só pelo quanto ele custa à nossa terra como também pelo tremendo libelo que constitui contra o nosso nível cultural e econômico e nossa organização médico-social.

Assim é que, seduzido por esta tese que jamais será assás estudada, tantas são as suas incognitas e tão profundas são as suas repercussões, tomei, em boa hora, a auspiciosa iniciativa de endereçar um convite ao ilustre Prof. Irineu Antunes, que, com desusado brilho, rege, neste momento, a cadeira de Pediatria da Universidade do Paraná, para vir contar-nos por que motivo Curitiba possui a menor mortalidade infantil no Brasil.

Três foram os propósitos que me levaram a essa atitude: 1.º) prestar homenagem a um nome, por todos os títulos, digno de nosso apreço e de nossa admiração; 2.º) dar prosseguimento ao plano preestabelecido de intensificar o intercâmbio científico com outras unidades da nação, e, finalmente, em 3.º lugar, por uma parcela não pequena de justificável, e quero crêr até mesmo, louvável curiosidade: intrigava-me, sobremaneira, a razão de ser de tão honrosa hegemonia de nossa vizinha de parede-meia.

Deu-nos o Prof. Antunes, em termos seguros e com a amplitude e o descortino precisos, uma esplendida visão panorâmica da mortalidade infantil em Curitiba que, lá como aqui, se apresenta como uma angustiante questão médico-social, que, pela sua magnitude, transcende dos estreitos limites de uma área urbana, para

converter-se em um problema nacional de atualidade indiscutível.

Como era de prever, com muita propriedade, um profuso e substancial estudo de caráter clínico. Ocupou-se, porém, mais com os fatores regionais específicos e responsáveis pela irrefreável hecatombe do que propriamente com os remédios que se fazem aconselháveis e que têm eido aproveitados nesta luta gigantesca, cuja vitória demanda tempo e depende, como muito bem frisou, de múltiplas e variadas causas.

Deixando de banda os bisantismos e outras preciosidades, procurou focalizar, a par da interpretação das questões, os pontos mais importantes, dando a todos elementos essenciais e característicos: médicos, econômicos, sociais, mesológicos e geográficos, tanto quanto possível, um peso e uma medida justa.

E' natural que tenha lançado mão da estatística para ilustrar e documentar, de modo inequívoco, a sua persuasiva preleção. Mas, digno de nota, é o fato de ter feito com equilibrada sobriedade dando-nos somente as cifras indispensáveis para escoltar as verdade enumeradas. E, por nenhum só instante, deixou de ser fiel ao aforismo de que a biodemografia deve ser o espelho que reflete a realidade e não um quadro retocado que embeleze os feitos".

Pudemos, destarte, compreender por que a culta e próspera Curitiba tanto se avantajava das demais capitais brasileiras. E, assim, nos foi dado o grato ensejo de podermos compreensivamente render-lhe, na pessoa de seu insigne delegado, as nossas homenagens pelo brilho com que está escrevendo este palpitante capítulo da pediatria brasileira.

Houve, unicamente, uma omissão. Esqueceu-se o admirado conferencista, por elevado espírito de modéstia, de realçar o devido valor da constelação dos clínicos e, máxime, dos pediatras curitibanos, que mercê de sua cultura, energia e dedicação, têm invejável

A questão referente ao tratamento é abordada a seguir. Cita o A. os estudos de Domingos O. Ribeiro sobre o tratamento sulfanilâmido da blastomicose, que indiscutivelmente abriu novos rumos à terapêutica desta moléstia, antes mortal. Mostra as vantagens da associação das vacinas específicas (preparadas por F. Almeida) às sulfas. O critério de cura deve ser de ordem clínica e sorológica.

Comentários. — Prof. Vilafaña Laestre. — Apreciei muito o trabalho do dr. Lacaz, que é um estudo completo da questão. Tenho também visto numerosos casos de micoses pulmonares, mas ainda não tive ocasião de examinar nenhum caso de blastomicose pulmonar. Sobre a questão do tratamento, quero perguntar, qual o tipo de sulfamida usada. Em meu serviço, com o uso da sulfapiridina, tenho fracassado no tratamento das micoses pulmonares.

Dr. Carlos da Silva Lacaz. — A sulfapiridina foi inicialmente empregada por Domingos O. Ribeiro, mas ultimamente, tem-se empregado a sulfadiazina, (casos do dr. Oscar Monteiro de Barros); a sua ação tem-se mostrado bastante eficiente, conforme alguns casos, que pudemos comprovar. A sulfapiridina, o sulfatiazol e a sulfadiazina, têm mais ou menos a mesma ação "in vitro", mas para o uso "in vivo", deve-se dar preferência à sulfadiazina, não só por ter uma melhor ação, como também por ser menos tóxica, devendo-se levar em consideração que estes tratamentos se prolongam por muitos meses e às vezes por anos. Ao lado da sulfanilamidorapia, temos sempre usado conjuntamente as vacinas.

Dr. Plínio Matos Barreto. — E' com grande prazer que trazemos a esta Casa, a nossa colaboração ao trabalho do dr. Lacaz. Sobre a questão das características das lesões bucofaringeas o dr. Lacaz não quis entrar em maiores detalhes, tendo apenas descrito um

pouco superficialmente estas lesões, considerando-as como uma forma de estomatite ulcerosa amoriforme. Nós que estamos acostumados ao contato diário com os otorrinolaringopatias, podemos diagnosticar com segurança as diversas lesões sem perigo de engano, porquê são lesões bem características, que nos dão, por si só, a garantia de que o processo é realmente blastomicótico.

Outra cousa que temos verificado com muita constância, é a não coexistência das adenopatias satélites, quando a moléstia está ainda na fase de ataque às mucosas. A adenopatia aparece nos casos mais avançados.

Quanto à separação e classificação das formas, acho que neste particular o dr. Lacaz precisa juntar mais material, por muitas delas podem ser confundidas. E' comum mesmo descrever-se formas diferentes em casos que não passam de um estágio menos evolvido de uma mesma fase.

As características radiográficas das lesões são muito interessantes. Acredito que um fisiologista de experiência dificilmente confundirá uma radiografia de blastomicose com uma de tuberculose.

Quanto à questão da medicação, posso citar um caso de minha clínica de blastomicose brasileira (forma pulmonar, que se curou com a medicação iodada. Nos Estados Unidos, atualmente o seu tratamento é feito com o iodo e a radioterapia associados. Quanto às sulfanilamidas, ainda não estamos inteiramente convencidos do seu modo de ação. Para nós, a sua ação é mais contra a infecção secundária do que propriamente uma ação fungostática. Assim) sendo, o problema terapêutico seria semelhante ao da tuberculose, onde é a resistência orgânica quem vence a infecção.

Dr. João Otávio Nêbias. — Desejo apenas um esclarecimento, sobre a questão da primitividade da blastomicose brasileira. No livro do dr. Lacaz, em colaboração

com o prof. Floriano de Almeida, há a referência de que a blastomicose brasileira é excepcionalmente primitiva do pulmão servindo mesmo este fato para diferenciá-la da forma "immitis", que ataca primitivamente o pulmão. Desejo saber se de fato esta diferenciação ainda é considerada assim pelos autores, de um modo tão rigoroso e se não se poderia supor a existência de casos frequentes de blastomicose brasileira com lesões primitivas pulmonares.

No Japão, tivemos ocasião de observar um caso de blastomicose da faringe, com discretas lesões pulmonares. Foi feito o diagnóstico de blastomicose da faringe e pulmonar. Continuando-se com os controles, verificou-se que o tratamento pela sulfanilamida, curou as lesões da faringe, com desaparecimento dos parasitas do escarro; entretanto, o escarro se tornou muito mais tarde positivo para bacilo de Koch. Assim sendo, neste caso houve uma superposição da lesão a um quadro pulmonar. Desejava saber em eventualidades como esta quais os meios que o colega recomenda para melhor esclarecimento do caso.

Dr. Uzeda Moreira. — Desejo trazer apenas um esclarecimento. A blastomicose foi primeiramente tratada com as sulfanilamidas, pelo nosso distinto colega, dr. Domingos de Oliveira Ribeiro, aqui em São Paulo. Ele é adepto de altas doses e tem verificado que os doentes toleram perfeitamente este medicamento, talvez melhor que outros doentes de outras afecções. Depois do uso das sulfamilamidas nesta afecção, e depois do uso da vacina, de que o prof. Floriano de Almeida, é prognóstico da blastomicose tem melhorado muito.

Estas palavras, eu mais as digo, como um esclarecimento, ao prof. Vilafaña, presente à sessão, sobre o que nos últimos tempos tem sido feito, em nosso meio, nesta questão.

64)

Dr. Alberto Chapchap. — A respeito da questão da hemossedimentação, eu gostaria de saber se tem sido feita a hemossedimentação nos casos do A., principalmente nos casos em que houve recidiva. Também teria interesse acompanhar com a hemossedimentação com as melhoras obtidas no tratamento pela sulfanilamidoterapia.

Dr. Carlos da Silva Lacaz. — Agradeço os comentários dos colegas ao meu trabalho. Ao dr. Plínio Matos Barreto, devo frisar, que a minha intenção, foi apenas fazer uma palestra sobre a blastomicose brasileira, e não visei, em absoluto, fazer descrições precisas de lesões otorrinolaringológicas. Com respeito às lesões sem adenopatias, de fato elas são muito frequentes em nosso meio, de sorte que a sua lembrança foi muito oportuna. Justamente estas lesões sem adenopatias, é que são as mais sensíveis à terapêutica pelo iodo. Na minha experiência e na do prof. Lindenberg, a medicação iódica dá resultados nas formas bucais anteriores, ao passo que as formas bucais posteriores e amigdalianas, são mais sensíveis ao tratamento sulfamídico. A respeito da radiografia, por si só não conduz a um diagnóstico; devemos dizer que em todos os nossos casos, os radiologistas que examinaram as chapas, apenas puderam fazer um diagnóstico de suspeita, e nunca ousaram afirmar categoricamente que se tratasse de blastomicose, baseados só na radiografia.

Concordamos com o dr. Chapchap, quando diz que o tratamento deve ser controlado pela hemossedimentação e quando possível, deve-se lançar mão de outros dados clínicos.

Na questão recidivas, temos verificados que os resultados são os mais brilhantes sob o ponto de vista clínico, mas devemos confessar a existência de recidivas em doentes tratados pela sulfanilamida, e que tiveram alta, sem um controle micológico, isto é, apenas alta clínica.

Ao dr. Nébias, devemos informar que a forma primitiva da blastomycose brasileira é muito rara. Da mesma maneira, as lesões ósseas são pouco frequentes nesta moléstia, sendo mais frequentes no granuloma coccidióidico. Com relação

à associação de lesões, deve-se ter a máxima atenção, principalmente nas formas buco-faringeanas e pulmonares, para se verificar se não se trata de uma tuberculose em lugar de uma micose.

SESSAO EM 23 DE AGOSTO

Presidente: Dr. Dirceu Vieira dos Santos

Esquema para a classificação das imagens roentgenofotográficas.

— Drs. Otávio Nébias, Durval Amorim, P. J. Arantes e J. C. D'Andreta. — Os A.A. apresentaram a classificação de Berner, sobre trabalho realizados numa cidade da Alemanha, em 750.000 habitantes e que foi adotada pelos A.A. em levantamento realizado nas cercanias de São Caetano, em 1.000 operários. Houve sempre uma coincidência de 0 %. A classificação contém 24 itens, em que tudo foi previsto, desde os achados negativos, até às roentgenofotografias imprestáveis.

Comentários. — Dr. Rui Dória.

— A classificação apresentada pelos A.A. não pode ser aceita, pois dá margem a muitas críticas; assimpor exemplo: tumores do pulmão (linfogranulomas, equinococos, neurinoma, condroma, etc.), por uma simples roentgenfotografia, não podem ser diagnosticados.

Dr. Durval Amorim. — Esta questão poderia ser solucionada da seguinte maneira: uma vez diagnosticado o nódulo pulmonar, pela roentgen-fotografia, vai-se analisando, até se chegar a determinar a natureza do tumor.

Dr. Otávio Nébias. — Sendo a roentgenfotografia, um dos mais valores meio para diagnóstico em fisiologia, o seu uso não se deve limitar simplesmente à verificação de uma lesão ou não, mas deve ir mais longe, no sentido de se determinar um verdadeiro cadastro torácico.

Sobre a pneumonia caseosa no adulto. — Drs. Otávio Nébias, J. C. D'Andreta, P. J. Arantes e Durval Amorim. — Os A.A. apresentaram um estudo estatístico e clínico da pneumonia do adulto, estudo esse realizado no Hospital São Luis Gonzaga, de Jaçanã.

A estatística baseada em 115 casos, foi vista sob vários aspectos: idade, cor, sexo, localização, exame radiológico. O estudo clínico foi baseado segundo os sinais e sintomas, tempo de moléstia, duração da evolução, estudo da temperatura, pulso, peso, altura, capacidade vital, volume de escarro, tendo sido finalmente, estudado o tratamento.

Comentários. — Dr. Rui Dória.

— O presente trabalho é de grande valor, representando um trabalho de paciência e que traz uma grande contribuição à fisiologia. Por esse motivo, estão de parabens os seus autores.

Dr. Chapchap. — Desejo lembrar o uso da broncoscopia como de método de diagnóstico auxiliar de grande valia, bem como de meio terapêutico.

Dr. Otávio Nébias. — Agradeço aos colegas os seus comentários, particularmente ao dr. Chapchap, que trouxe grande contribuição ao mesmo tempo, chamando a atenção para o uso da broncoscopia como meio auxiliar diagnóstico e terapêutico.

HEXAMIO — IODO EM GOTAS

SECÇÃO DE RADIOLOGIA E ELETRICIDADE MÉDICA SUA INSTALAÇÃO

Presidida pelo dr. Oscar Monteiro de Barros, presidente da Associação Paulista de Medicina, realizou-se a eleição para a mesa da Secção de Radiologia e Eletricidade Médica da Associação Paulista de Medicina, e, diante dos resultados obtidos, ficou assim constituída a mesa:

Presidente: — Prof. Rafael de Barros;

1.º secretário: — Dr. Olavo Paz-zanese;

2.º secretário: — Dr. Nelson Carvalho.

Os membros eleitos foram imediatamente empossados pelo dr. Oscar Monteiro de Barros.

Assumindo a direção dos trabalhos, o prof. Rafael de Barros dirigiu aos membros da Secção, algumas palavras de agradecimento pela sua eleição para o cargo de primeiro presidente da Secção de Radiologia e Eletricidade Médica da A. P. M.

A seguir, foi lida uma carta do dr. Frância Martins, sugerindo a

transformação da Secção de Radiologia e Eletricidade em Departamento, dadas as correlações íntimas das outras especialidades com a Radiologia.

De acôrdo com o parecer do dr. Oscar Monteiro de Barros, Presidente da Associação Paulista de Medicina, tal transformação apesar de justificada, não é possível por ser contrária aos Estatutos da Associação.

Foi lançada então pelo dr. Rafael de Lima, a idéia de serem realizadas sessões conjuntas com as outras especialidades, visando a conjunção necessária, que é preciso manter, da Radiologia com os outros ramos da Medicina, o que foi unanimemente aprovado por todos os presentes.

Em seguida, o sr. Presidente levantou a questão da denominação da nova Secção, que após debates e votação, ficou determinada chamar-se "Secção de Radiologia e Eletricidade Médica".

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE AGOSTO

Presidente: Dr. A. A. de Mota Pacheco

Novo modelo de cânula para instilações na uretra feminina. —

Dr. Geraldo Vicente de Azevedo.

— A patologia da uretra da mulher tem sido muito descuidada e ultimamente se tornou mais conhecida graças aos trabalhos do A.. Por outro lado, sendo a uretra feminina um canal muito curto (mede cerca de 3 cms. na mulher adulta) e dotado de numerosas pregas longitudinais da mucosa, é impossível, com o instrumental em uso corrente, levar e manter soluções medicamentosas em contato com as suas paredes. Acresce que na urétra feminina desembocam numerosas glândulas, onde se podem perpetuar processos inflamatórios. A cânula cons-

truída pelo A. e patenteada sob n.º 30.439 presta relevantes serviços no tratamento das uretrites femininas e resolve, de maneira plenamente satisfatória, o problema da anestesia da uretra da mulher; ela permite distender o conduto com o líquido injetado, conservá-lo aí pelo tempo que se desejar e, além disso, força a penetração do mesmo nas glândulas ou em divertículos, que porventura existiam. Por uma das extremidades, a cânula se adapta em qualquer intermediário ou seringa de bico fino; tem na outra uma oliva destinada a obturar o orifício interno da uretra, até que este canal fique distendido, e na parte média um cone truncado, que fecha hermê-

folha de serviços prestados ao Estado e ao País.

*

Meu caro e ilustrado Dr. Irineu Antunes. Tantas foram as oportunidades que se nos depararam, que seria supérfluo acentuar que, à margem do seu valioso trabalho, muitos seriam os colegas presentes, que desejariam assinalar aspectos que lhes pareceram mais interessantes e merecedores de considerações particulares.

Mas, vêem se privados dessa regalia em razão dos Estatutos determinarem que as conferências,

quer tenham caráter polêmico, quer tenham caráter analítico, jamais sejam postas em discussão.

E assim é que, pesando sobre mim a mesma interdição, cabe-me, apenas, o privilégio de traduzir o pensamento de todos e de externar a V. Excia. os nossos sinceros agradecimentos pela cordialidade com que aquiesceu ao nosso convite para vir pronunciar a bagistral conferência, que muito prazer nos proporcionou e que nos valeu por oportuna e magnífica lição, tão rica foi ela em ensinamentos e em expressivos conceitos.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE JULHO

Presidente: Dr. Ariovaldo Carvalho

Considerações em torno de um caso de síndrome de Cushing. —

Dr. Piero Manginelli. — O A. apresentou um caso de síndrome de Cushing, o primeiro relatado em São Paulo. Tratava-se de um doente que apresentava todos os sinais do síndrome e que foi exaustivamente estudado pelo A.

Estabelece o diagnóstico diferencial do caso e estuda a sua patogênica, relacionando-o com uma disfunção da hipófise ou da suprarrenal. Enumera todos os exames subsidiários, que foram feitos para poder chegar ao diagnóstico, e faz referências ao tratamento já feito e por fazer.

Comentários. — Dr. A. Friozi.

— Aduz algumas observações sobre o síndrome de Cushing, baseado sobretudo na opinião de Marñón.

Dr. Mesquita Sampaio. — Felicitto vivamente o A. chamando a atenção da Casa para o fato de ser esse talvez o primeiro caso publicado no Brasil de síndrome de Cushing, em indivíduo do sexo masculino, o que o A. deixou de ressaltar, certamente por modéstia. Sugiro que se faça, para esclarecimento diagnóstico da hipertensão, e com intenção prognóstica,

uma bopsia de músculo peitoral para exame das arteriolas.

Dr. Ariovaldo Carvalho. — Felicitto o A., sobretudo por apresentar, pela primeira vez, em São Paulo, um caso de síndrome de Cushing. Agradeço ainda ao A. em nome de Secção, por ter accedido ao nosso convite para o relato do seu trabalho.

Divertículos do aparelho diges-

tivo. — Dr. Paulo de Almeida Toledo. — O A. apresenta o estudo clinico-radiológico dos divertículos do aparelho digestivo mostrando a sintomatologia geral das formações diverticulares e os caracteres radiológicos fundamentais para o diagnóstico diferencial.

A seguir, apresenta numerosa causística dos divertículos dos diversos segmentos do aparelho digestivo — divertículos esofagianos, gástricos, duodenais e cólicos, analisando a sintomatologia clinica peculiar a cada localização, localização, assim como das complicações clinicas e radiológicas decorrentes das infecções diverticulares.

Ilustra a sua conferência com numerosas projeções radiológicas.

Comentários. — Dr. Granadeiro Neto. — Desejo apenas perguntar

se o A. têm verificado hemorragias no quadro clínico destas entidades.

Dr. Antônio Ferreira Filho. — Trazendo sua experiência pessoal adquirida como radiologista do serviço particular dos Profs. Figliolini e Cintra Prado, e firmada em cerca de 1.500 exames radiológicos, gastroenterológicos, faz algumas observações ao aspecto radiológico dos divertículos dos terços médio e inferior do esôfago. Aborda os aspectos clínicos de pacientes portadores de divertículo do arco duodenal — 6 pacientes — e apresenta a sintomatologia particular de uma paciente com úlcera bulbar crônica em atividade e divertículo juxtacárdico da

parede posterior. Comenta as dificuldades do diagnóstico clínico das diverticulites cólicas, e critica os diferentes meios semióticos, ressaltando o valor do exame radiológico. Termina felicitando o conferencista pela clareza com que se houve e pelo magnífico material apresentado.

Dr. Ariovaldo Carvalho. — De-sejo apenas lembrar o caso apresentado pelo prof. Almeida Prado, há cerca de 2 anos, de uma moça que apresentava repetidas hemorragias que encontraram explicação numa úlcera péptica situada num divertículo. Caso raro, mas que nem por isso deixa de merecer atenção.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE JULHO

Presidente: Dr. Dirceu Vieira dos Santos

Tratamento do empiema pelo "Flap" de Leo Ellosse. — Prof. Vilafaña Lastre. — Há um grande número de empiemas, que pela persistência da cavidade empiemática, são irredutíveis a todos os métodos de tratamento até hoje experimentados. O A. procurou então tratar estes casos pela operação de Leo Ellosse, tendo obtido, desde o início, resultados maravilhosos e rápidos, mesmo em casos de rigidez severa da pleura visceral, casos estes muito rebeldes a qualquer tratamento.

A seguir, o A. apresentou a sua casuística pessoal, comprovando-a com grande número de radiografias. Crê que esta operação resolve qualquer tipo de empiema pleural, sendo a solução única para muitos casos graves e crônicos.

Prosseguindo, o A. fez a exposição de Leo Ellosse e dos cuidados que se devem tomar para a sua realização.

Formas pulmonares da blastomicose brasileira. — Dr. Carlos da Silva Lacaz. — O conferencista fez ligeiros comentários sobre a etiologia da granulomatose para-

coccidioidica, mostrando, que o único nome legítimo e válido para designar o agente da blastomicose brasileira é — "Paracoccidioides brasiliensis".

Estuda o cogumelo em seus caracteres culturais e micromorfológicos, passando depois a discorrer sobre o quadro clínico e radiológico da blastomicose pulmonar, estabelecendo inicialmente uma classificação da granulomatose paracoccidioidica em suas diferentes modalidades anátomo-clínicas.

Classifica as formas pulmonares da blastomicose brasileira em diversos grupos de lesões. Mostra a seguir o quadro radiológico desta micose.

Trata do diagnóstico desta forma clínica, dando grande valor às provas sorológicas e alérgicas, assim como à pesquisa do "Paracoccidioides" no material retirado por broncoscopia. Chama a atenção colegas para o diagnóstico diferencial com a tuberculose, o que é de muita importância, pois alguns doentes podem ter uma tuberculose pulmonar com manifestações blastomicóticas bucofaringeas e ganglionares.

ticamente o orifício uretral externo. O líquido sai por diversos orifícios laterais, situados entre a oliva e o cone; depois de distender a uretra, passa para a cavidade vesical. A cânula é feita em tamanhos diferentes, conforme se destina ao uso em mulheres adultas ou em meninas. Também, as dimensões do cone truncado são variáveis, de maneira que êle se adate a todos os casos; e a oliva da extremidade é feita em diversos diâmetros, que, para a mulher adulta, são de 14 a 30 Charrière.

A cânula apresentada pode também ser empregada vantajosamente no tratamento das vaginites infantis, pois permite fechar o orifício do hímen sem traumatismo

e distender a cavidade vaginal com o líquido antisséptico que se desejar.

Patologia da litíase urinária. — Dr. Constantino Mignone. — O A. inicia a sua palestra, tratando dos vários aspectos que podem apresentar as concreções da litíase urinária, tratando também do modo como são constituídos os cálculos.

A seguir, passa a estudar as alterações determinadas pela litíase do aparelho urinário de um modo geral, e particularmente as alterações renais.

Finalmente, tece comentários em tôrno da etiologia e patogénia da litíase urinária.

Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 9 DE MAIO

Presidente: Dr. José Saldanha Faria

Apêndice por Ascaris. — Dr. Galdino Nunes Vieira. — O A. relatou um caso de abdomen agudo por Ascaris, operado com o diagnóstico de apêndice e em que havia um Ascaris no interior do apêndice inflamado.

Discussão. — O dr. Eurico Branco Ribeiro fez referências ao caso do dr. Saldanha Faria, comunicado na sessão anterior, de perfuração do apêndice por Ascaris. O dr. Francisco Finocchiaro também fez alusões ao caso, pensando ter havido apêndice prévia.

Córnos cutâneos. — Drs. Galdino Nunes Vieira e Eurico Branco Ribeiro. — Os AA. fizeram a apresentação um caso de córno cutâneo, em doente de espondilose rizomélica. Narraram a história detalhada do doente e o resultado dos exames procedidos, mostrando fotografias e a peça extirpada.

Discussão. — O dr. Sebastião Hermeto Júnior, referiu-se às espondiloses, cujo estudo vem fazendo com carinho. Fez uma expo-

sição dos atuais conhecimentos sobre as atrites hipertróficas da coluna, mostrando que as paratiroides tomam parte no processo, sem ser propriamente causa dele; aparatireoidectomia não tm, de regra, efeito terapêutico na espondilose rizomélica.

Tireoidectomia sub-total ideal. — Dr. Sebastião Hermeto Júnior. — O A. iniciou falando das indicações das operações sobre a tireoide, criticando as tendências das várias épocas. Expôs as bases da tireoidectomia ideal e fez demonstrações de anatomia cirúrgica, através de diapositivos acompanhados de exposição clara dos quadros reproduzidos.

Discussão. — O dr. Francisco Finocchiaro referiu-se à lenda de a roentgenterapia dificultar a ação do cirurgião. O dr. Hercílio Marroco referiu-se à sutura subdérmica da pele.

Esfincter da 3.^a porção do duodeno. — Dr. Bonfim Pontes. — O A. apresentou uma nota prévia do dr. Cabelo de Campos sobre

samente em certos e determinados surtos passageiros e atenuados da moléstia. Numa segunda experiência com material em que a prova de esterilidade apenas era a existência de cocos gram positivos (*Bacillus subtilis*) foram feitas novas inoculações nos mesmos enfermos. Nestas, não foram obtidas as lesões características de bolhas chatas e flácidas. No material colhido numa dessas lesões que supurou não foram encontrados germes patogênicos, mas sim leucócitos degenerados sem a presença de estreptococos e estafilococos. Em determinados doentes, como E. F., conseguiu o autor apenas uma reação intensa focal (com o primeiro material contaminado) o que vinha demonstrar a grande defesa deste organismo. Parece que os germes piogênicos, principalmente os estreptococos, devem ser incriminados pela lesão bolhosa chata, que é a lesão do pênfigo foliáceo, num terreno em que o quimismo do sangue, se achasse grandemente perturbado. Na mesma série de pesquisas orientou o autor as suas vistas para ver se era possível conseguir-se um teste que demonstrasse uma reação favorável do organismo nos casos de cura, de regressão ou de um prognóstico favorável da moléstia. Assim, com o mesmo material dessas escamas filtrado em papel de filtro e em seguida filtrado em vela de Zeitz, obteve o autor um líquido completamente estéril (prova de esterilidade feita por Dr. Luís de Sales Gomes e Assistente Dr. B. M. Mourão). Este filtrado estéril serviu para uma série de experiências de intra-reações. O resultado foi o seguinte: nos doentes curados, nos de franca regressão e naqueles em que a moléstia involuiu favoravelmente, obteve o autor sempre uma reação precoce positiva, traduzida por um eritema de mais de 2 centímetros de diâmetro, podendo ser o mesmo muito intenso nos indivíduos curados, eritema este que desaparecia no fim de 2 ou 3 dias. Nos

indivíduos de forma grave da moléstia e nos de forma crônica, em que não há tendência para a regressão, e nos quais, em uma parte da pele sã, foi possível fazer-se intra-reação com este filtrado, nunca se obteve a positividade deste teste. Há uma verdadeira anergia nesses casos. Foram feitas contra provas nesses mesmos indivíduos com soluções fenicadas, com soro fisiológico e com proteínas de leite fervido, sendo todas elas negativas nos indivíduos em que se obteve reação eritematosa para o filtrado.

Outra série de experiências está sendo prosseguida e que consiste em inocular este mesmo filtrado diluído em soro fisiológico nas doses de um décimo até um meio a dois centímetros e injetado endovenosamente nos doentes de pênfigo foliáceo. Há uma reação de choque, calafrio intenso, ligeira queda da temperatura, mas sem o caráter do choque hemoclássico, pois não há baixa de pressão e eosinofilia e muito menos leucopenia. Estas reações proporcionadas pelos filtrados endovenosamente são favoráveis para o organismo dos enfermos, cujos resultados futuros procuraremos trazer mais tarde a esta Casa. Decorre de nossas experiências que, com o filtrado acima, já podemos ter um teste na evolução clínica do pênfigo foliáceo. Apresenta o autor em seguida uma descrição detalhada de suas experiências com documentação fotográfica da reprodução da lesões bolhosas.

Algumas considerações sobre pênfigo foliáceo. — Dr. João Paulo Vieira. — O autor, nesta comunicação, encara um dos pontos que julga mais confuso da dermatologia, e que se refere às dermatoses bolhosas. Assim é que, numa visão de conjunto faz considerações sobre o grupo dos pênfigos e suas relações com numerosos outros síndromos bolhosos cuja classificação tem sido a mais obscura. Procura esquematizar o assunto, caracterizando as varie-

dades de pênfigo da forma que as mesmas são encaradas pela escola do Brasil em que São Paulo figura com grande material em estudo. Admite o pênfigo infeccioso, pênfigo agudo febril grave de Penet, 1880 — o pênfigo sub-agudo de bolhas extensivas de Brocq (1912-1920), o pênfigo crônico verdadeiro ou vulgar (Besnier, Darier, Brocq) o pênfigo vegetante de Neumann e o pênfigo foliáceo (Cazenave — 1844). Ao lado destas variedades pode-se ainda colocar a epidermólise bolhosa e o pênfigo de cistes sucessivas, verdadeiras distrofias cutâneas hereditárias.

Nestas entidades mórbidas deve-se incluir a dermatite de Dühring e a "herpes gestationis", cujo parentesco é bem próximo desta última afecção. A dermatite de Dühring é moléstia rara entre nós, mas sem o característico dado pelo autor americano (Dühring), que ressaltava como caráter patogênico o agrupamento herpetiforme das lesões que não deve ser levado em conta, como diagnóstico diferencial, pois no pênfigo foliáceo encontra-se sempre com frequência lesões em círculos, em arcos, em arabescos e ainda mais o polimorfismo do elemento dermatológico. Um sinal de grande interesse na dermatite de Dühring, que reputamos de grande importância, é o que diz respeito às vesículas e bolhas que são tensas, citrinas, e nunca chatas como soe acontecer no pênfigo foliáceo. As localizações ainda não obedecem às do chamado "fogo selvagem".

Não concorda o autor com as denominações de dermatites dolorosas polimorfas de Brocq, de que Kaposi faz tão judiciosa crítica. No admitir a dermatite de Dühring, faz o autor certa ressalva, quanto aos casos graves e mortais citados por certos autores americanos. Quanto ao pênfigo dos neonatos ou "contagiosus infantum" é o autor da opinião de Sabouraud, que vê nesta denominação muito sãosos de impetigo contagioso, tão frequentes nas ma-

ternidades, devida à exaltação dos estreptococos, afecção que se manifesta por lesões bolhosas na primeira infância. No grupo do pênfigo, nas formas infantis, acredita que deveria ficar apenas a dermatose de Ritter v. Rittersheim que morfológicamente é um pênfigo foliáceo (Artom e Radaelli). Outra terminologia que procura afastar é a que se refere às hidroses, adotada por Unna. Corresponde às hidroses simples, às dermatites bolhosas dolorosas ou dermatite de Dühring hidroses graves, que correspondem às formas de pênfigo. Outra preocupação do autor é também esclarecer a terminologia de pênfigo e pênfigóide, que também traz uma certa confusão denominados pênfigóides refulsão num assunto já tão obscuro. rem-se a infecções bem caracterizadas e que num momento dado se manifesta por surtos bolhosos. Esta expressão pênfigóide foi adotada em 1891 por Besnier e A. Doyon. E' assim que esses autores descrevem o pênfigo bolhoso, a mais funesta das dermatoses malignas, a moléstia bolhosa por excelência, começando insidiosamente, invadindo muitas vezes as mucosas, com ou sem remissões e acalmia, marchando para uma terminação as mais das vezes fatal ou tendendo ao pênfigo foliáceo. Como estados pênfigóides, citam a dermatite bolhosa multiforme e o eritema multiforme bolhoso (ou hidrotóxicodermia).

Na sua comunicação o autor ainda procura afastar as denominações de pênfigóides que como bem esclarece, não devem prevalecer, pois estas englobam as dermatites de Dühring, eritemas polimorfos e as toxicodermias quer de origem interna ou externa, bem como outras afecções bolhosas, que manifestam na evolução de determinados estados cutâneos. Pensa o autor que o pênfigo foliáceo deverá ficar ao lado das outras variedades de pênfigo, isto é, do pênfigo vulgar crônico ou verdadeiro, pênfigo vegetante, entidades autônomas, bem como o

pênfigo agudo infeccioso e o pênfigo sub-agudo de folhas extensivas de Brocq, aos quais já fizeram referências acima. O pênfigo traumático hereditário e o pênfigo traumático de cistes sucessivos, moléstias raras e consideradas mais como distrofias cutâneas hereditárias, devem ser afastadas do grande quadro do pênfigo pelo seu caráter de distrofias hereditárias e pela sua não gravidade "quod vitam" dos enfermos.

E' de grande importância na diferenciação do pênfigo foliáceo tropical ou sul-americano, mais conhecido por "fogo selvagem" um caráter distintivo do quadro dos pênfigos europeus, e que diz respeito a não incidência de lesões nas mucosas. E' de grande interesse ainda o conhecimento, entre nós, das formas frustas a que o autor tem dedicado grande atenção, formas em vesperilos, de Orsini (1928) e que foram realçadas por Rabelo Júnior e Mário Artom. Estas formas são estudadas pelos autores americanos sob a denominação de síndrome de Senear - Usher englobando, aquêles autores, nessas formas, alguns casos de lupus eritematoso e eczema seborréico.

Comentários. — Prof. Mário Artom. — Lembro que entre as dermatoses bolhosas deveria ser citado também o "herpes gestationis". Em relação ao chamado pênfigo infantil, acho que nêle se deve englobar a dermatite exfoliativa de Ritter, assim como a "hydroa puerorum" que é uma forma infantil de dermatite herpetiforme. Acho muito interessante o estudo do mecanismo de formação das bolhas, mas o problema não pode ser resolvido com as pesquisas químicas sobre o conteúdo em amino-ácidos e uréia do líquido. As bolhas do ponto de vista fisiológico, no pênfigo, devem ser consideradas como epifenômeno da manifestação edematógena cutânea. Em grande número de doenças cutâneas encontramos al-

terações da permeabilidade e ao mesmo tempo, alterações da capacidade de absorção do derma. Segundo a intensidade desses fenômenos, podemos ter edema ou bolha. Podemos ter estímulos edematógenos locais e gerais. O que distingue o conteúdo das bolhas do pênfigo do das outras formas, é que há muito maior quantidade de proteínas e derivados celulares, muitos acham que tal diferença seja devida à maior permeabilização cutânea no pênfigo, e, em segundo lugar, à maior lise epitelial. Durante muito tempo se estudou experimentalmente a produção das bolhas em muitas formas mórbidas, e as condições da formação na pele esperando-se poder determinar a sua patogênese. Há, por exemplo, os estudos de Petersen e Wills, que fizeram pesquisas muito interessantes, sobretudo em relação ao estudo da permeabilidade cutânea na urticária. Seria interessante a continuação de tais estudos. Quanto à classificação do pênfigo até hoje tem sido exclusivamente baseada em conceitos morfológicos; espero que os estudos aqui feitos possam trazer esclarecimentos o problema da etiologia do pênfigo tropical e no mesmo tempo elucidar alguns dos muitos problemas da patogênese das dermatoses bolhosas.

Dr. Afonso Bianco. — Desejo citar o caso de uma doente minha, moça de 20 anos mais ou menos, que apresentou regressão completa da doença; fez tratamento dessensibilizante e depois deu-se muito bem com o tratamento arsenobenzólico.

Dr. Náleo Guilherme Cristiano. — Desejo fazer algumas referências ao recente trabalho de Mc Cardle e colaboradores, publicado ultimamente, onde é estudado o mecanismo da formação das bolhas no pênfigo vulgar, chegando-se à conclusão de que não está ligada ao aumento da pressão hidrostática ou da permeabilidade dos capilares e sim, mais prová-

velmente, à transformação do colágeno hidrofago em lipoproteínas francamente hidrófilas.

Dr. João Paulo Vieira. — Iniciamos ainda experiências de inoculação com triturados de "borrachudos", com o fim de verificar a

possível relação entre o pêntigo e a picada de simulídeos. Em dois coelhos, obtivemos encefalite, que não se reproduziu em novas inoculações. Nos camundongos inoculados o resultado foi sempre negativo.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE AGOSTO

Presidente: Dr. Vicente Lara

Saudação aos pediatras paranaenses. — Foram as seguintes as palavras do dr. Leme da Fonseca.

Sr. Professor Irineu Antunes.

E' com sincera satisfação que vos apresento cordiais boas-vindas, em nome dos colegas da Secção de Pediatria Paulista de Medicina.

Não é de hoje que nos conhecemos. Conservamos grata recordação da época em que, — decorridos são já sete anos, — procurastes o nosso centro médico com o objetivo de completar o arsenal científico, já então bastante rico, com que pretendíeis conquistar a docência-livre de Clínica Pediátrica na Faculdade de Medicina de Curitiba. Frequentastes, então, por algum tempo, o serviço do nosso colega e amigo dr. Vicente Lara, no Instituto de Higiene, de Clínica Pediátrica da Faculdade de Medicina, e deste-nos também o prazer de realisar, no serviço que dirigíamos, na Casa da Infância, estudos sobre reação à tuberculina nas crianças que ali se achavam recolhidas.

Seguistes, depois, para vos apresentardes à banca de concurso e o realizastes com o brilhantismo que esperávamos.

Continuamos a seguir, com interesse e amizade, vossa trajetória na prática e no ensino médico. Foi, assim, com real satisfação, que tivemos noticia de que estáveis regendo a cátedra, substituindo o eminente professor Raul Carneiro, afastado temporariamente por motivo de moléstia, e, também, de que ieis, embora disso

não tivéssemos ainda confirmação, concorrer à cátedra, oportunamente.

Credenciais para isso não vos faltam. Conhecemos, apesar da vossa grande modéstia, a inteligência, a cultura e competência que possuíis.

Desejando o nosso presidente, da maneira a mais louvável, estabelecer um intercâmbio, útil para todos, entre os meios pediátricos do nosso e de outros Estados, do Brasil, teve a feliz lembrança de para dissertar sobre um dos muitos temas que têm merecido vosso estudo. Acedendo, amavelmente, ao convite, escolhesteis um assunto que nos preocupa duplamente, como amigos da criança e como brasileiros, despertando, por tais motivos, todo o nosso interesse.

Agradecendo, pela Secção de Pediatria, o prazer e a honra de vossa visita, fazemos votos por que tenhais feliz permanência em São Paulo, e pela continuação do brilho de vossa carreira no ensino médico.

A mortalidade infantil em Curitiba. — Dr. Irineu Antunes. — O A. apresentou interessante trabalho, sobre a mortalidade infantil, em Curitiba, trazendo os quadros estatísticos, cujos números são bastante satisfatórios e tratando das prováveis causas sociais, econômicas e higiênicas, capazes de reduzir a mortalidade infantil, para as quais tem ultimamente voltado especialmente a sua atenção.

Comentários. — Dr. Vicente Lara. — Quando tive a subida honra de assumir a presidência

desta nobre Casa, apresentei-vos, meus caros colegas, um, programa das atividades que tencionava desenvolver, e dos assuntos que me pareciam dignos de ser estudados. Como deveis estar lembrados, foi o ominoso tema da mortalidade infantil, que sublinhei como o mais grave e o mais premente de todos quantos nos defrontam. Ele merece, na realidade a prioridade nas nossas cogitações, não só pelo quanto ele custa à nossa terra como também pelo tremendo libelo que constitui contra o nosso nível cultural e econômico e nossa organização médico-social.

Assim é que, seduzido por esta tese que jamais será assás estudada, tantas são as suas incognitas e tão profundas são as suas repercussões, tomei, em boa hora, a auspiciosa iniciativa de endereçar um convite ao ilustre Prof. Irineu Antunes, que, com desusado brilho, rege, neste momento, a cadeira de Pediatria da Universidade do Paraná, para vir contar-nos por que motivo Curitiba possue a menor mortalidade infantil no Brasil.

Três foram os propósitos que me levaram a essa atitude: 1.º) prestar homenagem a um nome, por todos os títulos, digno de nosso apreço e de nossa admiração; 2.º) dar prosseguimento ao plano preestabelecido de intensificar o intercâmbio científico com outras unidades da nação, e, finalmente, em 3.º lugar, por uma parcela não pequena de justificável, e quero crêr até mesmo, louvável curiosidade: intrigava-me, sobremaneira, a razão de ser de tão honrosa hegemonia de nossa vizinha de parede-meia.

Deu-nos o Prof. Antunes, em termos seguros e com a amplitude e o descortino precisos, uma esplendida visão panorâmica da mortalidade infantil em Curitiba que, lá como aqui, se apresenta como uma angustiante questão médico-social, que, pela sua magnitude, transcende dos estreitos limites de uma área urbana, para

converter-se em um problema nacional de atualidade indiscutível.

Como era de prever, com muita propriedade, um profuso e substancial estudo de caráter clínico. Ocupou-se, porém, mais com os fatores regionais específicos e responsáveis pela irrefreável hecatombe do que propriamente com os remédios que se fazem aconselháveis e que têm eido aproveitados nesta luta gigantesca, cuja vitória demanda tempo e depende, como muito bem frisou, de múltiplas e variadas causas.

Deixando de banda os bisantismos e outras preciosidades, procurou focalizar, a par da interpretação das questões, os pontos mais importantes, dando a todos elementos essenciais e característicos: médicos, econômicos, sociais, mesológicos e geográficos, tanto quanto possível, um peso e uma medida justa.

E' natural que tenha lançado mão da estatística para ilustrar e documentar, de modo inequívoco, a sua persuasiva preleção. Mas, digno de nota, é o fato de ter feito com equilibrada sobriedade dando-nos somente as cifras indispensáveis para escoltar as verdade enumeradas. E, por nenhum só instante, deixou de ser fiel ao aforismo de que a biodemografia deve ser o espelho que reflete a realidade e não um quadro retocado que embeleze os feitos".

Pudemos, destarte, compreender por que a culta e próspera Curitiba tanto se avantajava das demais capitais brasileiras. E, assim, nos foi dado o grato ensejo de podermos compreensivamente render-lhe, na pessoa de seu insigne delegado, as nossas homenagens pelo brilho com que está escrevendo este palpitante capítulo da pediatria brasileira.

Houve, unicamente, uma omissão. Esqueceu-se o admirado conferencista, por elevado espírito de modéstia, de realçar o devido valor da constelação dos clínicos e, máxime, dos pediatras curitibanos, que mercê de sua cultura, energia e dedicação, têm invejável

a-
el.
i-
s-
o.
os
s-
a-
m
n-
o-
a,
e
u,
is.
ti-
s,
r-
os
os
s-
o-
s,
e

lo
e
o,
s,
er
de
s-
a-
m
ao
ia
a
o-

er
ri-
is
os
o-
n-
ne
ms
e-
da

is-
n-
to
do
os
a-
ra,
rel

folha de serviços prestados ao Estado e ao País.

•

Meu caro e ilustrado Dr. Irineu Antunes. Tantas foram as oportunidades que se nos depararam, que seria supérfluo acentuar que, à margem do seu valioso trabalho, muitos seriam os colegas presentes, que desejariam assinalar aspectos que lhes pareceram mais interessantes e merecedores de considerações particulares.

Mas, vêem se privados dessa regalia em razão dos Estatutos determinarem que as conferências,

quer tenham caráter polêmico, quer tenham caráter analítico, jamais sejam postas em discussão.

E assim é que, pesando sobre mim a mesma interdição, cabe-me, apenas, o privilégio de traduzir o pensamento de todos e de externar a V. Excia. os nossos sinceros agradecimentos pela cordialidade com que aquiesceu ao nosso convite para vir pronunciar a bagistral conferência, que muito prazer nos proporcionou e que nos valeu por oportuna e magnífica lição, tão rica foi ela em ensinamentos e em expressivos conceitos.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE JULHO

Presidente: Dr. Ariovaldo Carvalho

Considerações em torno de um caso de síndrome de Cushing. —

Dr. Piero Manginelli. — O A. apresentou um caso de síndrome de Cushing, o primeiro relatado em São Paulo. Tratava-se de um doente que apresentava todos os sinais do síndrome e que foi exaustivamente estudado pelo A.

Estabelece o diagnóstico diferencial do caso e estuda a sua patogênica, relacionando-o com uma disfunção da hipófise ou da supra-renal. Enumera todos os exames subsidiários, que foram feitos para poder chegar ao diagnóstico, e faz referências ao tratamento já feito e por fazer.

Comentários. — Dr. A. Friozi.

— Aduz algumas observações sobre o síndrome de Cushing, baseado sobretudo na opinião de Marñón.

Dr. Mesquita Sampáio. — Felicitou vivamente o A. chamando a atenção da Casa para o fato de ser esse talvez o primeiro caso publicado no Brasil de síndrome de Cushing, em indivíduo do sexo masculino, o que o A. deixou de ressaltar, certamente por modéstia. Sugiro que se faça, para esclarecimento diagnóstico da hipertensão, e com intenção prognóstica,

uma bopsia de músculo peitoral para exame das arteriolas.

Dr. Ariovaldo Carvalho. — Felicitou o A., sobretudo por apresentar, pela primeira vez, em São Paulo, um caso de síndrome de Cushing. Agradeço ainda ao A. em nome de Secção, por ter accedido ao nosso convite para o relato do seu trabalho.

Divertículos do aparelho diges-

tivo. — Dr. Paulo de Almeida Toledo. — O A. apresenta o estudo clínico-radiológico dos divertículos do aparelho digestivo mostrando a sintomatologia geral das formações diverticulares e os caracteres radiológicos fundamentais para o diagnóstico diferencial.

A seguir, apresenta numerosa causística dos divertículos dos diversos segmentos do aparelho digestivo — divertículos esofagianos, gástricos, duodenais e cólicos, analisando a sintomatologia clínica peculiar a cada localização, localização, assim como das complicações clínicas e radiológicas decorrentes das infecções diverticulares.

Ilustra a sua conferência com numerosas projeções radiológicas.

Comentários. — Dr. Granadeiro Neto. — Desejo apenas perguntar

se o A. têm verificado hemorragias no quadro clínico destas entidades.

Dr. Antônio Ferreira Filho. — Trazendo sua experiência pessoal adquirida como radiologista do serviço particular dos Profs. Figliolini e Cintra Prado, e firmada em cêra de 1.500 exames radiológicos, gastroenterológicos, faz algumas observações ao aspecto radiológico dos divertículos dos terços médio e inferior do esôfago. Aborda os aspectos clínicos de pacientes portadores de divertículo do arco duodenal — 6 pacientes — e apresenta a sintomatologia particular de uma paciente com úlcera bulbar crônica em atividade e divertículo juxtacárdico da

parede posterior. Comenta as dificuldades do diagnóstico clínico das diverticulites cólicas, e critica os diferentes meios semióticos, ressaltando o valor do exame radiológico. Termina felicitando o conferencista pela clareza com que se houve e pelo magnífico material apresentado.

Dr. Ariovaldo Carvalho. — De-sejo apenas lembrar o caso apresentado pelo prof. Almeida Prado, há cêra de 2 anos, de uma moça que apresentava repetidas hemorragias que encontraram explicação numa úlcera péptica situada num divertículo. Caso raro, mas que nem por isso deixa de merecer atenção.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE JULHO

Presidente: Dr. Dirceu Vieira dos Santos

Tratamento do empiema pelo "Flap" de Leo Elosse. — Prof. Vilafânia Lastre. — Há um grande número de empiemas, que pela persistência da cavidade empiemática, são irredutíveis a todos os métodos de tratamento até hoje experimentados. O A. procurou então tratar estes casos pela operação de Leo Elosse, tendo obtido, desde o início, resultados maravilhosos e rápidos, mesmo em casos de rigidez severa da pleura visceral, casos estes muito rebeldes a qualquer tratamento.

A seguir, o A. apresentou a sua casuística pessoal, comprovando-a com grande número de radiografias. Crê que esta operação resolve qualquer tipo de empiema pleural, sendo a solução única para muitos casos graves e crônicos.

Prosseguindo, o A. fez a exposição de Leo Elosse e dos cuidados que se devem tomar para a sua realização.

Formas pulmonares da blastomicose brasileira. — Dr. Carlos da Silva Lacaz. — O conferencista tece ligeiros comentários sobre a etiologia da granulomatose para-

coccidióidica, mostrando, que o único nome legítimo e válido para designar o agente da blastomicose brasileira é — "Paracoccidioides brasiliensis".

Estuda o cogumelo em seus caracteres culturais e micromorfológicos, passando depois a discurrir sobre o quadro clínico e radiológico da blastomicose pulmonar, estabelecendo inicialmente uma classificação da granulomatose paracoccidióidica em suas diferentes modalidades anátomo-clínicas.

Classifica as formas pulmonares da blastomicose brasileira em diversos grupos de lesões. Mostra a seguir o quadro radiológico desta micose.

Trata do diagnóstico desta forma clínica, dando grande valor às provas sorológicas e alérgicas, assim como à pesquisa do "Paracoccidioides" no material retirado por broncoscopia. Chama a atenção colegas para o diagnóstico diferencial com a tuberculose, o que é de muita importância, pois alguns doentes podem ter uma tuberculose pulmonar com manifestações blastomicóticas bucofaringeas e ganglionares.

di-
nico
tica
re-
dio-
on-
que
ate-

De-
ore-
do,
oça
or-
ção
um
que
cer

tos

o
pa-
mi-
ci-

ca-
lô-
rer
lô-
ar,
ma
pa-
n-
as.
res
di-
tra
es-

or-
as
s-
oc-
or
ão
n-
é
ms
u-
es
e

A questão referente ao tratamento é abordada a seguir. Cita o A. os estudos de Domingos O. Ribeiro sobre o tratamento sulfanilâmido da blastomicose, que indiscutivelmente abriu novos rumos à terapêutica desta moléstia, antes mortal. Mostra as vantagens da associação das vacinas específicas (preparadas por F. Almeida) às sulfas. O critério de cura deve ser de ordem clínica e sorológica.

Comentários. — Prof. Vilafañe Lastre. — Apreciei muito o trabalho do dr. Lacaz, que é um estudo completo da questão. Tenho também visto numerosos casos de micoses pulmonares, mas ainda não tive ocasião de examinar nenhum caso de blastomicose pulmonar. Sobre a questão do tratamento, quero perguntar, qual o tipo de sulfamida usada. Em meu serviço, com o uso da sulfapiridina, tenho fracassado no tratamento das micoses pulmonares.

Dr. Carlos da Silva Lacaz. — A sulfapiridina foi inicialmente empregada por Domingos O. Ribeiro, mas ultimamente, tem-se empregado a sulfadiazina, (casos do dr. Oscar Monteiro de Barros); a sua ação tem-se mostrado bastante eficiente, conforme alguns casos, que pudemos comprovar. A sulfapiridina, o sulfatiazol e a sulfadiazina, têm mais ou menos a mesma ação "in vitro", mas para o uso "in vivo", deve-se dar preferência à sulfadiazina, não só por ter uma melhor ação, como também por ser menos tóxica, devendo-se levar em consideração que estes tratamentos se prolongam por muitos meses e às vezes por anos. Ao lado da sulfanilamidorapia, temos sempre usado conjuntamente as vacinas.

Dr. Plínio Matos Barreto. — E' com grande prazer que trazemos a esta Casa, a nossa colaboração ao trabalho do dr. Lacaz. Sobre a questão das características das lesões bucofaringeas o dr. Lacaz não quis entrar em maiores detalhes, tendo apenas descrito um

pouco superficialmente estas lesões, considerando-as como uma forma de estomatite ulcerosa amoriforme. Nós que estamos acostumados ao contato diário com os otorrinolaringopatias, podemos diagnosticar com segurança as diversas lesões sem perigo de engano, porque são lesões bem características, que nos dão, por si só, a garantia de que o processo é realmente blastomicótico.

Outra cousa que temos verificado com muita constância, é a não coexistência das adenopatias satélites, quando a moléstia está ainda na fase de ataque às mucosas. A adenopatia aparece nos casos mais avançados.

Quanto à separação e classificação das formas, acho que neste particular o dr. Lacaz precisa juntar mais material, por muitas delas podem ser confundidas. E' comum mesmo descrever-se formas diferentes em casos que não passam de um estágio menos evolvido de uma mesma fase.

As características radiográficas das lesões são muito interessantes. Acredito que um tisiologista de experiência dificilmente confundirá uma radiografia de blastomicose com uma de tuberculose.

Quanto à questão da medicação, posso citar um caso de minha clínica de blastomicose brasileira (forma pulmonar, que se curou com a medicação iodada. Nos Estados Unidos, atualmente o seu tratamento é feito com o iodo e a radioterapia associados. Quanto às sulfanilamidas, ainda não estamos inteiramente convencidos do seu modo de ação. Para nós, a sua ação é mais contra a infecção secundária do que propriamente uma ação fungostática. Assim) sendo, o problema terapêutico seria semelhante ao da tuberculose, onde é a resistência orgânica quem vence a infecção.

Dr. João Otávio Nêbias. — Desejo apenas um esclarecimento, sobre a questão da primitividade da blastomicose brasileira. No livro do dr. Lacaz, em colaboração

com o prof. Floriano de Almeida, há a referência de que a blastomicrose brasileira é excepcionalmente primitiva do pulmão servindo mesmo este fato para diferenciá-la da forma "immitis", que ataca primitivamente o pulmão. Desejo saber se de fato esta diferenciação ainda é considerada assim pelos autores, de um modo tão rigoroso e se não se poderia supor a existência de casos frequentes de blastomicrose brasileira com lesões primitivas pulmonares.

No Japão, tivemos ocasião de observar um caso de blastomicrose da faringe, com discretas lesões pulmonares. Foi feito o diagnóstico de blastomicrose da faringe e pulmonar. Continuando-se com os controles, verificou-se que o tratamento pela sulfanilamida, curou as lesões da faringe, com desaparecimento dos parasitas do escarro; entretanto, o escarro se tornou muito mais tarde positivo para bacilo de Koch. Assim sendo, neste caso houve uma superposição da lesão a um quadro pulmonar. Desejava saber em eventualidades como esta quais os meios que o colega recomenda para melhor esclarecimento do caso.

Dr. Uzeda Moreira. — Desejo trazer apenas um esclarecimento. A blastomicrose foi primeiramente tratada com as sulfanilamidas, pelo nosso distinto colega, dr. Domingos de Oliveira Ribeiro, aqui em São Paulo. Ele é adepto de altas doses e tem verificado que os doentes toleram perfeitamente este medicamento, talvez melhor que outros doentes de outras afecções. Depois do uso das sulfanilamidas nesta afecção, e depois do uso da vacina, de que o prof. Floriano de Almeida, é prognóstico da blastomicrose tem melhorado muito.

Estas palavras, eu mais as digo, como um esclarecimento, ao prof. Vilafañe, presente à sessão, sobre o que nos últimos tempos tem sido feito, em nosso meio, nesta questão.

64)

Dr. Alberto Chapchap. — A respeito da questão da hemossedimentação, eu gostaria de saber se tem sido feita a hemossedimentação nos casos do A., principalmente nos casos em que houve recidiva. Também teria interesse acompanhar com a hemossedimentação com as melhoras obtidas no tratamento pela sulfanilamidoterapia.

Dr. Carlos da Silva Lacaz. — Agradeço os comentários dos colegas ao meu trabalho. Ao dr. Plínio Matos Barreto, devo frisar, que a minha intenção, foi apenas fazer uma palestra sobre a blastomicrose brasileira, e não visei, em absoluto, fazer descrições precisas de lesões otorrinolaringológicas. Com respeito às lesões sem adenopatias, de fato elas são muito frequentes em nosso meio, de sorte que a sua lembrança foi muito oportuna. Justamente estas lesões sem adenopatias, é que são as mais sensíveis à terapêutica pelo iodo. Na minha experiência e na do prof. Lindenberg, a medicação iódica dá resultados nas formas bucais anteriores, ao passo que as formas bucais posteriores e amigdalíneas, são mais sensíveis ao tratamento sulfamídico. A respeito da radiografia, por si só não conduz a um diagnóstico; devemos dizer que em todos os nossos casos, os radiologistas que examinaram as chapas, apenas puderam fazer um diagnóstico de suspeita, e nunca ousaram afirmar categoricamente que se tratasse de blastomicrose, baseados só na radiografia.

Concordamos com o dr. Chapchap, quando diz que o tratamento deve ser controlado pela hemossedimentação e quando possível, deve-se lançar mão de outros dados clínicos.

Na questão recidivas, temos verificados que os resultados são os mais brilhantes sob o ponto de vista clínico, mas devemos confessar a existência de recidivas em doentes tratados pela sulfanilamida, e que tiveram alta, sem um controle micológico, isto é, apenas alta clínica.

Ao dr. Nébias, devemos informar que a forma primitiva da blastomíose brasileira é muito rara. Da mesma maneira, as lesões ósseas são pouco frequentes nesta moléstia, sendo mais frequentes no granuloma coccidióidico. Com relação

à associação de lesões, deve-se ter a máxima atenção, principalmente nas formas buco-faríngeas e pulmonares, para se verificar se não se trata de uma tuberculose em lugar de uma micose.

SESSAO EM 23 DE AGOSTO

Presidente: Dr. Dirceu Vieira dos Santos

Esquema para a classificação das imagens roentgenofotográficas.

— Drs. Otávio Nébias, Durval Amorim, P. J. Arantes e J. C. D'Andreta. — Os AA. apresentaram a classificação de Berner, sobre trabalho realizados numa cidade da Alemanha, em 750.000 habitantes e que foi adotada pelos AA. em levantamento realizado nas cercanias de São Caetano, em 1.000 operários. Houve sempre uma coincidência de 0 %. A classificação contém 24 itens, em que tudo foi previsto, desde os achados negativos, até às roentgenofotografias imprestáveis.

Comentários. — Dr. Rui Dória. — A classificação apresentada pelos AA. não pode ser aceita, pois dá margem a muitas críticas; assim por exemplo: tumores do pulmão (linfógranulomas, equinocócicos, neurinoma, condroma, etc.), por uma simples roentgenografia, não podem ser diagnosticados.

Dr. Durval Amorim. — Esta questão poderia ser solucionada da seguinte maneira: uma vez diagnosticado o nódulo pulmonar, pela roentgen-fotografia, vai-se analisando, até se chegar a determinar a natureza do tumor.

Dr. Otávio Nébias. — Sendo a roentgenofotografia, um dos mais valores meio para diagnóstico em fisiologia, o seu uso não se deve limitar simplesmente à verificação de uma lesão ou não, mas deve ir mais longe, no sentido de se determinar um verdadeiro cadastro torácico.

Sobre a pneumonia caseosa no adulto. — Drs. Otávio Nébias, J. C. D'Andreta, P. J. Arantes e Durval Amorim. — Os AA. apresentaram um estudo estatístico e clínico da pneumonia do adulto, estudo esse realizado no Hospital São Luís Gonzaga, de Jaçanã.

A estatística baseada em 115 casos, foi vista sob vários aspectos: idade, cor, sexo, localização, exame radiológico. O estudo clínico foi baseado segundo os sinais e sintomas, tempo de moléstia, duração da evolução, estudo da temperatura, pulso, peso, altura, capacidade vital, volume de escarro, tendo sido finalmente, estudado o tratamento.

Comentários. — Dr. Rui Dória. — O presente trabalho é de grande valor, representando um trabalho de paciência e que traz uma grande contribuição à fisiologia. Por esse motivo, estão de parabens os seus autores.

Dr. Chapchap. — Desejo lembrar o uso da broncoscopia como de método de diagnóstico auxiliar de grande valia, bem como de meio terapêutico.

Dr. Otávio Nébias. — Agradeço aos colegas os seus comentários, particularmente ao dr. Chapchap, que trouxe grande contribuição ao mesmo tempo, chamando a atenção para o uso da broncoscopia como meio auxiliar diagnóstico e terapêutico.

HEXAMIO — IODO EM GOTAS

SECÇÃO DE RADIOLOGIA E ELETRICIDADE MÉDICA SUA INSTALAÇÃO

Presidida pelo dr. Oscar Monteiro de Barros, presidente da Associação Paulista de Medicina, realizou-se a eleição para a mesa da Secção de Radiologia e Eletricidade Médica da Associação Paulista de Medicina, e, diante dos resultados obtidos, ficou assim constituída a mesa:

Presidente: — Prof. Rafael de Barros;

1.º secretário: — Dr. Olavo Paz-zanese;

2.º secretário: — Dr. Nelson Carvalho.

Os membros eleitos foram imediatamente empossados pelo dr. Oscar Monteiro de Barros.

Assumindo a direção dos trabalhos, o prof. Rafael de Barros dirigiu aos membros da Secção, algumas palavras de agradecimento pela sua eleição para o cargo de primeiro presidente da Secção de Radiologia e Eletricidade Médica da A. P. M.

A seguir, foi lida uma carta do dr. Frância Martins, sugerindo a

transformação da Secção de Radiologia e Eletricidade em Departamento, dadas as correlações íntimas das outras especialidades com a Radiologia.

De acôrdo com o parecer do dr. Oscar Monteiro de Barros, Presidente da Associação Paulista de Medicina, tal transformação apesar de justificada, não é possível por ser contrária aos Estatutos da Associação.

Foi lançada então pelo dr. Rafael de Lima, a idéia de serem realizadas sessões conjuntas com as outras especialidades, visando a conjunção necessária, que é preciso manter, da Radiologia com os outros ramos da Medicina, o que foi unanimemente aprovado por todos os presentes.

Em seguida, o sr. Presidente levantou a questão da denominação da nova Secção, que após debates e votação, ficou determinada chamar-se "Secção de Radiologia e Eletricidade Médica".

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE AGOSTO

Presidente: Dr. A. A. de Mota Pacheco

Novo modelo de cânula para instalações na uretra feminina.

— Dr. Geraldo Vicente de Azevedo.

— A patologia da uretra da mulher tem sido muito descurada e últimamente se tornou mais conhecida graças aos trabalhos do A.. Por outro lado, sendo a uretra feminina um canal muito curto (mede cerca de 3 cms. na mulher adulta) e dotado de numerosas pregas longitudinais da mucosa, é impossível, com o instrumental em uso corrente, levar e manter soluções medicamentosas em contato com as suas paredes. Acresce que na urétra feminina desembocam numerosas glândulas, onde se podem perpetuar processos inflamatórios. A cânula cons-

truida pelo A. e patenteada sob n.º 30.439 presta relevantes serviços no tratamento das uretrites femininas e resolve, de maneira plenamente satisfatória, o problema da anestesia da uretra da mulher; ela permite distender o conduto com o liquido injetado, conservá-lo ali pelo tempo que se desejar e, além disso, força a penetração do mesmo nas glândulas ou em divertículos, que porventura existiam. Por uma das extremidades, a cânula se adapta em qualquer intermediário ou seringa de bico fino; tem na outra uma oliva destinada a obturar o orifício interno da uretra, até que este canal fique distendido, e na parte média um cone truncado, que fecha hermê-

Ra-
par-
s in-
ades

o dr.
resi-
a de
pesar
por
As-

Ra-
erem
com
sando
pre-
m os
que
por

te le-
nação
deba-
inada
ologia

checo

ob n."
rviços
femi-
plena-
ma da
er; ela
o com
ã-lo ai
, além
o mes-
diverti-
istiam.
a câ-
inter-
o fino;
estina-
rno da
fique
ia um
hermé-

as perturbações funcionais, estudadas radiologicamente, do esfíncter da 3.ª porção do duodeno. As observações do dr. Cabelo Campos são provavelmente originais, mostrando que, quando existe a achalasia desse esfíncter, se pode observar um antiperistaltismo, havendo alongamento da 1.ª porção do duodeno e sempre aumento do calibre da 3.ª e 2.ª porções.

Mostrou grande número de radiografias, comprovando os casos estudados.

Discussão. — O dr. Eurico Branco Ribeiro salientou o valor das observações do dr. Cabelo Campos. O dr. Hermeto Júnior referiu-se ao conceito das achalias e à importância dos trabalhos paulistas sobre o assunto.

Centro de Estudos “Franco da Rocha”

SESSÃO DE 6 DE MAIO

Aproveitamento dos inaptos em serviços auxiliares de Guerra: orientação de acôrdo com as aptidões. — Dr. Anibal Silveira. — Preliminarmente o dr. Anibal Silveira mencionou o grupo dos conscritos que seriam seguramente excluídos das fileiras pelo exame psíquico: a) — doentes mentais, epilépticos, deficientes mentais; b) — personalidades desarmônicas embora livres de psicose; lembrou ainda outro grupo importante pelo número; c) — indivíduos de constituição normal mas que apresentam alterações nas ondas elétricas do cérebro o que só pode verificar pelo chamado “eletroencefalograma”.

De todos esses grupos os considerados incapazes mas pertencentes às rubricas b) e c) podem e devem ser aproveitados em serviços auxiliares. Recordou em seguida que o homem psíquicamente “normal” pode ser bem integrado pelo aspecto afetivo-emotivo como pode ser estável, instável, hiperemotivo, expensivo, ou ainda apresentar traços psicopáticos isolados que não constituam invalidez psíquica.

Por outro lado, as exigências da luta são extremamente enérgicas e complexas, de modo que o indivíduo incapaz em certa arma poderá ser aproveitável e mesmo desejável em outra. Recapitulou rapidamente, para exemplo, a gama das qualidades exigidas en-

tre as diversas atividades, desde as forças aéreas, as tropas motorizadas, as tropas de choque e as denominadas “comando”, as forças navais até os corpos auxiliares, os de abastecimentos e de engenharia. Além disso em cada setor, são óbvias as diferenças de esforço psíquico requerido pelos postos de comando e de responsabilidade, pelas missões de patrulhamento e observação, pelos serviços de ligação.

Dai se infere que só a seleção intelectual não basta para exclusão nem permite a readaptação e o aproveitamento dos incapazes pelo aspecto psíquico. Seria necessária uma série de provas, que estuda pela ordem de especialização crescente: a) — eletroencefalograma; b) — método de Rorschach e outros “Psicodiagnósticos”; c) — provas de execução e de inteligência; d) — aparelhagem psicotécnica. Ilustrou com projeções os vários tipos de pesquisas.

Mostrou com exemplos individuais como os conscritos que forem inabilitados por apresentarem distúrbios da afetividade ou da emoção poderão ainda ser aproveitados em serviços de guerra que não os exponham a grandes riscos de vida. Projetou então 10 quadrados de “psicograma” de Rorschach para ilustrar essa asserção com referência aos diversos tipos de desvio da personalidade.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo

Presidente: Dr. Alvaro Couto Brito

O Serviço de Pronto Socorro de São Paulo. — Dr. Hilário Veiga de Carvalho. — O orador dissertou longamente sobre os principais pontos que nortearam a organização do Serviço de Pronto Socorro em S. Paulo. Citou os diversos problemas a resolver como as dificuldades de instalação dum hospital individualizado, demonstrando o valor e estabelecendo a defesa dos princípios que promoveram a assinatura do Decreto n.º 13.899, que deu proveniente às mesmas atuais normas. Depois de enaltecer a obra desenvolvida pelo Governo, mórmente da parte de S. Excia. o Sr. Interventor Federal e do ilustre Secretário da Segurança Pública, assim como do Prof. Godoy Moreira, citou os tópicos do Decreto que necessitaram de comentário findando por indicar os dados complementares que devem ser ainda preenchidos. O trabalho foi comentado pelos Drs Moysés Marx e Alvaro Couto Brito. Foi aprovado pela Sociedade, um voto de louvor pelo trabalho realizado pelo A., em prol do Pronto Socorro de S. Paulo.

A imutabilidade dos desenhos formados pelas cristas capilares. — Dr. Roberto Tuth. — O A. referiu-se inicialmente a Galton que lançou as bases científicas da Dactiloscopia. Citando posteriores autores, analisa suas teorias relativas à imutabilidade dactiloscópica, para confrontá-las com os recentes estudos, de Leonídio Ribeiro e João Paulo Vieira, acerca das moléstias capazes de lesar as papilas digitais. Acrescendo, a essa análise, algumas observações próprias, o A. estabelece as seguintes conclusões:

1 — A lepra, as dermatoses e outras moléstias não modificam e

nem alteram as impressões digitais, mas sómente são capazes de impedir ou dificultar as duas tomadas, pela destruição (total ou parcial) das cristas papilares, e assim mesmo em determinados estados ou formas.

2 — As pretendidas modificações ou alterações dactiloscópicas até agora observadas, se caracterizam apenas pela eliminação ou empastamento das linhas papilares do dactilograma. Quando possível a remoção das causas dessas anomalias, o desenho dactiloscópico as refaz tal como se apresentava anteriormente a essas causas.

3 — A destruição patológica das papilas digitais, não sendo uma fatalidade como ocorre com as características peculiares da senilidade, não constitue regra mas simples exceção.

4 — O impedimento ou dificuldade de se obterem impressões digitais, nos casos do item 1, só pode ser afirmado, por ora, pelos processos comuns de tomada de impressões digitais de pessoas sãs, convido pois o estudo de um outro processo.

5 — Até hoje não se registrou um caso sequer, prática ou cientificamente provado, de que uma impressão digital se modificou ou se alterou, transformando-se em outra. Porisso, só se admitirá, no dactiloscópico, como verdadeira alteração, quando estas tornarem a impressão digital diferente da que o individuo anteriormente, confundindo-a ou não com a de outra pessoal.

6 — O princípio da imutabilidade dactiloscópica, cujas primeiras bases científicas foram estabelecidas por Galton, não pode, até o presente, sofrer a menor dúvida ou contestação.

Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar

SESSAO DE 28 DE ABRIL

Presidente: Dr. Francisco Figueira de Melo

O que nós comemos e o que outros comem. — Dr. F. Pompeu do Amaral. — Começou o A. a sua palestra dizendo que ia relatar sumariamente os resultados de um inquérito que procedera sobre as condições alimentares de nossa gente — inquérito esse detalhadamente considerado num dos últimos números da "Revista do Arquivo Municipal" — para depois compará-los a dados que pode coligir, de outros povos. Lembra-va que sua pesquisa fôra realizada sobre uma coletividade constituída por 793 famílias, compreendendo 5.053 pessoas e manifestava que por vários indícios, essa coletividade representava bem sob o aspecto cultural e econômico, a média das condições vigentes na população paulistana.

Depois de mencionar a importância do consumo registado das diversas substancias usuais em nosso ambiente, salientou que a ração individual média, si satisfatória, em 1940-41 (época em que procedeu a sua pesquisa), quantitativamente considerada, era já nesse tempo bastante deficiente sob o aspecto qualitativo. Fundando-se em outras pesquisas e informes diversos, revelou que a situação não é melhor infelizmente em outras cidades do país nem no meio rural, fazendo-se sentir os efeitos da desnutrição por toda a extensão do território nacional.

Passou a demonstrar, então, o contraste chocante que se verifica entre o consumo de alimentos aqui e em países estrangeiros, sobretudo no que diz respeito aos de procedência animal, que são mais caros, mas imprescindíveis na ração, em face de seu elevado valor biológico. Revelou até que

nível deveríamos procurar elevar o consumo médio de tais substâncias, entre nós, afim de que fosse possível à nossa gente obter a constituição de rações satisfatórias sob o aspecto qualitativo e com valor calórico praticamente igual ao das atuais.

Manifestou que não obstante, seria impossível chegar-se a resultado como esse, nas condições atuais de vida de nossa gente. Com efeito, verificára, na sua pesquisa, que a alimentação do paulistano, em 1941, implicava dispendio de Cr. \$ 2,676 por dia e po pessoa. Ora, conforme sua verificação, nesse tempo, a receita diária individual, no sei da coletividade estudada, era de Cr. \$ 5,272. Dispendia-se em média, pois, 51 por cento da mesma com a alimentação. Dos demais 49 por cento, 18 por cento eram empregados com aluguel de casa e os 31 por cento restantes endereçados a luz, roupa, locomoção, educação, etc. As condições médias de vida de nossa gente não deferiam muito, assim, das famílias operárias da Argentina, vivendo com salário mínimo, a despeito dos progressos de nossa legislação social. Com efeito, refere Escudero que, no lar operário de seu país, recebendo o salário mínimo, se dispendem 55,5 por cento dos ganhos, com alimentação; 20,7 por cento com aluguel de morada, sobrando 23,8 por cento para os demais gastos. E, de 1941 para cá, o custo da vida, aqui, aumentou consideravelmente, enquanto que os salários se conservam quasi inalterados na generalidade dos casos. Para que não se pense que as condições da população, aqui e na Argentina, são aproximada-

mente as mesmas lembrava que num inquérito procedido não mais no meio de operários, com salário mínimo, mas entre famílias pobres e remediadas, de Buenos Aires, o mesmo Escudero verificou que a porcentagem mais frequente de gastos com a alimentação oscilava entre 30 e 40 por cento das receitas. E a alimentação que correspondia a tal dispendio era incomparavelmente melhor do que a nossa.

A título de informe, acrescentava que Lutkens, em trabalho de 1941, contava que os operários norte-americanos, que recebem menos de 1.100 dólares anuais, gastam 40 por cento com alimentação; 19 por cento com casa e dispõem de 41 por cento para outras despesas. Mas há operários

que ganham mais do que isso. O Departamento do Trabalho dos Estados Unidos estabeleceu mesmo um orçamento que pretende considerar normal para cada família operária composta de cinco indivíduos, e nele admite, como mínimo necessário para a satisfação das necessidades fisiológicas e sociais, ordenado de 2.268 dólares anuais, ou seja, mais do que o dobro do máximo previsto no cálculo de Lutkens. Para as famílias da classe média européia, segundo Jaime Sunner Bayo, calcula-se o dispendio com a alimentação como a quarta parte aproximadamente do gasto total.

"Tudo isso — concluiu — nos leva a crer que se verificam, entre nós, condições sociais patológicas, que reclamam corretivo".

Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa

SESSAO DE 31 DE MARÇO

Presidente: Dr. Eurico Branco Ribeiro

Rigidez do anel interno do útero.

— Dr. Camargo Andrade. — O autor leu a observação detalhada de um caso de rigidez do anel interno do útero, em que foi possível fazer a versão por manobras externas a doente foi levada à mesa, não cedendo, o espasmo com a marcosse profunda; houve ruptura lateral direita do segmento inferior com hemorragia uterina. Descreveu o autor a tática operatória que executou para enfrentar o caso, tendo pleno sucesso. O espasmo era do anel interno; em tais casos, bastante raros, a mortalidade materna e a regra.

Explosão de pólvora por imprudência. — Dr. Carlos Ferreira da

Rocha. — O autor apresentou uma doente idosa, que ficou com um corpo estranho na face durante 4 anos, em virtude de uma explosão por pólvora. Um fragmento de vidro escuro, muito bem demonstrado pela radiografia, ficou entre os tecidos moles da face sem causar transtornos por 4 anos.

Comentários. — O dr. Ademar Nobre, lembra que os vidros com sais de chumbo dão sombra radiológica. O dr. Eurico Branco Ribeiro, citou dois casos de corpo estranho por vidro, um dos quais permaneceu doze anos no punho. O dr. Joaquim Ferreira da Rocha fez comentários sobre o caso.

DAQUINOL - NA GRIPE E NA
(EMPOLAS) PNEUMONIA

SESSÃO DE 28 DE ABRIL

Presidente: Dr. Eurico Branco Ribeiro

Etiologia do varicocele. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. — O autor defendeu a dependência de um mecanismo de pinçamento intermitente da veia renal esquerda, fazendo um esquema dos elementos anatômicos em questão.

Comentários. — O dr. Jaime Rodrigues lembrou que há uma dis-

cordância entre a incidência do pinçamento da 4.ª porção do duodeno e do varicocele, parecendo dependerem essas afecções de mecanismos diferentes. O dr. Eurico lembrou que é mais difícil comprimir o duodeno de paredes espessas, do que a veia renal esquerda, de paredes depressíveis.

Outras sociedades

Centro de Estudos Científicos da Força Policial, sessão de 2 de maio, ordem do dia: Hernia do núcleo pulposo da medula. — Dr. Antonio Eugenio Longo.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 9 de maio, ordem do dia: Óptica Física. — Dr. Durval Prado.

Conselho Universitário, sessão de 10 de maio, ordem do dia: O Conselho Universitário, tomou as seguintes deliberações:

1 — aprovar, por unanimidade, e com a presença de dois terços de totalidade de seus membros, e com várias medidas, o anteprojeto que transforma o Instituto de Higiene de São Paulo em Faculdade de Higiene e Saúde Pública.

2 — Conceder o título de doutor Honoris Causa pela Universidade de São Paulo ao dr. Roberto F. Mehl, professor e diretor do Departamento de Metalurgia do "Carnegie Institute of Technology" de Piteburg — Pensylvania, em reconhecimento aos serviços pelo mesmo prestados a esta Universidade com a realização do curso de aperfeiçoamento de engenheiros de minas e metalurgistas da Escola Politécnica.

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, sessão de 26 de abril, 76)

ordem do dia: Quimioterapia antibacteriana. — Dr. Quintino Mingojá.

Instituto Biológico, sessão de 12 de maio, ordem do dia: Quisto Hidtico. — Dr. A. Grna; Ação bacteriostática de um cogumelo. — Dr. J. R. Meyer; Observações feitas num formigueiro experimental. — Dr. M. Autuori.

Sociedade de Gastro-Enterologia e Nutrição, sessão de 28 de abril, ordem do dia: Inquerito alimentar no Instituto Ademar de Barros (Hospital especializado do Serviço do Pênfigo Foliáceo). — Dr. José Aranha Campós; Metabolismo da base no Pênfigo Foliáceo. — Dr. Mário Fonzari e Ulisses Lemos Torres; Provas funcionais do fígado no Pênfigo Foliáceo. — D. Roberto Pasqualim e Ulisses Lemos Torres.

Sociedade de Gastro-Enterologia e Nutrição, sessão de 5 de maio, ordem do dia: Estudo anatômico dos esfínteres do tubo digestivo. — Dr. Renato Locchi; Dois casos de aclasia do esfíncter da terceira porção do duodeno. — Dr. Edmundo Vasconcelos; Contribuição da cineradiografia ao estudo radiológico dos esfínteres do tubo digestivo. — Dr. J. Moretzson de Castro.

Sociedade Médica São Jorge, sessão de 4 de maio, ordem do dia: Aplicações da sulfanilamida em oto-rino-laringologia. — Dr. Silvio Marone; Anexite e parametrite. Seu tratamento. — Dr. João Gallucci.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 12 de maio, ordem do dia: Tema. — Moléstia de Nicolás-Favre; Estado atual da profilaxia da linfogranulomatose inguinal sub-aguda. — Dr. José Alcantara Madeira; Radiologia das retites estenosantes. — Dr. Eduardo Cotrim; Tratamento cirúrgico das retites estenosantes. — Dr. Edmundo Vasconcelos.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 25 de maio, ordem do dia: Vidros de contacto. — Dr. Baudilio Courtis.

Sociedade de Medicina e Criminologia, sessão de 12 de maio, ordem do dia: O serviço de pronto socorro em São Paulo. — Dr. Hilário Veiga Filho; Da imutabilidade dos desenhos papilares. — Roberto Thut.

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 13 de maio, ordem do dia: Demonstrações sobre a histo-patologia da lepra. Lepra característica. — Dr. Paulo Rath de Souza.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Cirurgia Plástica e Reparadora. — Samuel Fomon, Editorial Labor Argentina, Buenos Aires, 1943.

A cirurgia plástica está em plena ordem do dia: dois grandes congressos internacionais se realizaram recentemente na América do Sul e um terceiro deverá despertar a atenção dos nossos meios médicos, em outubro próximo, quando se reunirá em Santiago, Chile. Tal tem sido o incremento da especialidade no Brasil que a Associação Paulista de Medicina a incluiu em uma das suas seções. Assim o aparecimento deste livro é de toda oportunidade. Demais, trata-se de uma obra traduzida do inglês e da autoria de um dos mais reputados especialistas norte-americanos, cuja experiência e orientação deram ao livro um critério seguro para a norma cirúrgica de quantos quizerem se aproveitar dos seus abalizados conselhos. A obra é dividida em 20 extensos capítulos, em que todos os problemas da cirurgia plástica e reparadora são devidamente apreciados. Desde os menores de-

talhes até as mais comensais regras da arte de operar são apontados com clareza e precisão. O volume contém 925 excelentes figuras e perto de 1.400 páginas de texto. É um livro que não deve faltar na estante de todo cirurgião, pois encerra diversos assuntos, como enxertias, anestesia, queimaduras, preparação e aproveitamento de retalhos, etc., que interessam a todos os que empunham o bisturi.

Primer on fractures. — Vários autores, editado pelo Committee on Fractures da Associação Médica Americana, 5.^a edição, Chicago, 1943. Já em quinta edição, está sendo distribuído pela Associação Médica Americana o útil manual de Dickson, Lee e Speed sobre a maneira prática de resolver os problemas terapêuticos das fraturas. Em pouco mais de cem páginas, com 52 ilustrações, esses autores condensaram os princípios essenciais que conduzem a um tratamento prático e eficiente das várias fraturas. De um modo esquemático e claro, a conduta em ca-

da caso é exposta com minúcia e ilustrada com desenhos demonstrativos. O livro traz espaços em branco para anotações dos clínicos. Contem os métodos aprovados pelos especialistas americanos, mas é revisto temporariamente, à luz da experiência e das objeções que a prática vai despertando.

1.º Curso de Medicina e Cirurgia de Urgência. — Professores da Faculdade de Medicina, São Paulo, 1943.

A emergência de guerra, fez com que a Faculdade de Medicina de São Paulo organizasse um curso de Medicina e Cirurgia de Urgência, entregue a um grupo de professores daquela escola. As aulas foram anotadas por Lygia Montenegro Ferreira e Verônica Rapp, que acabam de publicá-las, oferecendo a quantos se interessam pelos assuntos versados a oportunidade de guardar e aproveitar os ensinamentos ali ministrados. As emergências de um bombardeio ou de um pânico foram encaradas com orientação prática, de modo a tornar de real utilidade a leitura do livro. O volume tem 125 páginas, condensando preleções sobre 24 assuntos. Contem, também, algumas ilustrações.

Técnicas de laboratório en el tífus exantemático. — Chavero del Campo e F. Perez Galhardo, Direc-

cion General de Sanidad, Madrid, 1943.

Trata-se de um livro editado oficialmente pelo governo espanhol, que julgou dar, assim, larga divulgação aos trabalhos feitos nos laboratórios da Direção Geral de Saúde da Espanha e que, incontestavelmente, constituem contribuição de alto valor na campanha contra o terrível tipo exantemático. Entre nós, os surtos esporádicos da moléstia impõem um melhor conhecimento do assunto por parte dos nossos médicos e aí a razão de aqui mercer este livro larga difusão, não obstante os interessantes e importantes trabalhos feitos em São Paulo sobre a matéria e, ao que parece, pouco conhecidos no estrangeiro. O volume contem perto de 200 páginas, com 104 ilustrações, muitas das quais a cores.

Arquivos de Clínica Quirúrgica. — Federico Christmann, Universidade de La Plata, 1944.

Acaba de aparecer o tomo IV da excelente publicação que vem fazendo da cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas de La Plata, sob a direção esclarecida do prof. Christmann. O presente volume, que corresponde ao ano de 1942, trás escolhida colaboração, consubstanciada em 19 trabalhos firmados por cirurgiões daquela cidade argentina. Excelente papel, numerosas ilustrações, num volume de 558 páginas.

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de Dermatologia e Sifilografia de São Paulo, VIII, 3-56, março, 1944. — As grandes indicações da electroterapia artificial em dermatologia. — Rolim de Moraes Os progressos da dermatologia nestes últimos anos. — João Paulo Vieira; Considerações a respeito da sífilis concepional. — 80)

Mário Artom; Vireose em dermatologia. — B. Mário Mourão.

Arquivos de Higiene e Saúde Pública, VIII, maio, 1944. — As chuvas da cidade de São Paulo. — Lucas Rodrigues Junot; Algumas provas de imunização e neutralização cruzadas entre o vírus neu-

rotótipo da febre amarela clássica e o vírus isolado de doentes de febre amarela silvestre na epidemia de 1936-1937 no Estado de São Paulo. — Lucas de Assunção; Assistência Maternal. — Sílvia de Oliveira Barros; Visão panorâmica de epidemiologia da tuberculose em São Paulo, e sua importância em face de guerra. — Humberto Pascale.

Arquivos de Neuro-Psiquiatria, II, 133-238, junho. 1944. — Blastos do simpático. — Paulo Elejalde e Nilton Costa; Mecanismo criminológico nos estados crepusculares epiléticos. — Francisco Tncredi e Ernani Borges Carneiro; Degeneração mucóide da oligodendroglia em um caso de enfermidade do grupo Wilson. — A. Austregésilo Filho; Osteoartrite sirinomiélica. Observação anatômico-clínica. — Osvaldo Freitas Julião e Antonio James Brandi; A propóito de um caso de miastenia grave. — Jarbas Pernambucano.

Neurônio, V, 2-26, abril, 1944. — Hospitai de Pronto Socorro de São Paulo. — Francisco Elias de Godoy Moreira.

Revista Clínica de São Paulo, XV, 31-66, fevereiro, 1944. — Fisiologia comparada dos movimentos do colón e sua aplicação na obstipação. — Gottfried Bohem.

Resenha Clínico-Científica, XIII, 143-182, abril, 1944. — A sequência das reações cardio vasculares no choque. — Carl J. Wiggers; O sangue e seus substitutos no tratamento racional da hemorragia do choque. — Jolm H. Ferguson; Os substitutos do plasma humano no combate ao choque. — Carlo Foá.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, III, 239-328, julho-agosto, 1943. — Alguns aspectos da luta contra a esterilidade. — F. Victor Rodrigues; Influências hormonais sobre a conduta instintiva e a inteligência. — José Ricardo Alves Guimarães; A substituição da manteiga considerada sob o ponto de vista nutritivo. — Francisco Pompêu do Amaral; Considerações sobre a diestética pré e pos-operatória na cirurgia gastro-duodenal. — Nairo França Trench e A. Cardoso.

Revista Paulista de Medicina, XXIV, 76-148, fevereiro, 1944. — Comoção labirintica. — Francisco de Paula Pinto Hartung; Transfusão de plasma bovino no homem. — J. M. de Camargo e J. Gonzaga de Carvalho Tratamento das queimaduras nas crianças. — Luis G. da Rocha Azevedo; Transfusões de sangue. — Modernas aplicações do plasma sanguíneo. — F. Prudente de Aquino; Considerações sobre lobo ázigo. — Jaime Vitule; Organização do serviço de profilaxia e tratamento da tuberculose na Guarda-Civil. — João Grieco; Estudo clínico do aborto. — Murilo Bretas de Araújo; Câncer do seio. — Considerações gerais. — Tratamento cirúrgico. — Alberto França Martins.

São Paulo Médico, XVII, 107-192, março, 1944. — Sobre as doenças heredo-familiares do sistema nervoso. — Aluizio Marques; Do tratamento da surdez pelos vapores das Fontes Sulfurosas de Poços de Caldas. — Orozimbo Corrêa Neto.

TRANSPULMIN


Homburg

Separata e folhetos recebidos

Cirurgia Plástica e Reparadoras. — S. Fomon, Ed. Labor do Brasil, 1942.

Compressão do plexo braquial. Um caso de primeira costela rudimentar. — Joaquim Cavalcanti, Técnica operatória da Faculdade de Medicina de Recife, Recife, 1942.

Anestesia em crianças abaixo de dois anos. — J. Rebelo Neto, Academia Nacional de Medicina, São Paulo, 1944.

The effect of adrenalectomy on the absorption of the short chain fatty acids their triglycerides. — Lucien A. Bavetta, Department of Biochemistry and Nutrition, United States of America, 1943.

Intracain as a local anesthetic in Urology. — Elmer Belt and Lucien Bavetta, United States of America, 1943.

Auto-Reparação dos tecidos. — Antônio Prudente, Ed. Lab. Carano, São Paulo, 1944.

Do Reumatismo. — Ed. Lab. Farmabraz, São Paulo, 1944.

Tuberculose, a sabotadora da economia paulista. — A. B. Nogueira Martin, Liga Paulista contra a tuberculose, São Paulo, 1944.

Tratamento das lesões traumáticas do pescoço. — Raimundo Brito, Divisão de Saúde e Assistência Social, Rio de Janeiro, 1943.

A técnica de Schiassi para o tratamento das varizes dos membros inferiores. — Joaquim Cavalcanti, Técnica Operatória da Faculdade de Medicina do Recife, Recife, 1943.

Assistência Médico-Social à criança inválida e defeituosa. — Renato da Costa Bonfim, Clínica de Cirurgia Ortopédica do Sanatório Esperança, São Paulo, 1944.

A moderna assistência Neuro-Psiquiátrica. — Rio de Janeiro, 1944.

Diagnóstico radiológico precoce de gangrena gaseosa em fracturas expuestas. — Adolfo Escobar Pacheco, Santiago, 1937.

Hospital de Santo Antônio dos pobres de Iguatú. — Relatório de -942, Iguatú — Ceará — Brasil, 1943.

Ozena e Constituição. — J. E. de Paula Assis. — Serviço de Otório-laringologia do Hospital N. S. da Aparecida, São Paulo, 1943.

Estudio experimental de uma cepa apatógena e imunizante de Rickettsia prowazeki. Cepa E. — C. Clavero y Pérez Gallardo, Instituto Nacional de Sanidad, Madrid, 1943.

Investigación del virus tifo exantemático en las ratas de España. — G. Clavero y Pérez Gallardo, Instituto Nacional de Sanidad, Madrid, 1943.

CLINICA ROENTGEN

RADIODIAGNÓSTICO

Exames radiológicos em domicílio

Dr. Raphael de Lima Filho
Pedro Cabello Campos

Av. Brigadeiro Luis Antônio, 644 * Fone 2-5831 * São Paulo

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa

Dez anos de existência. — Comemorando a 16 de maio o seu 10.º aniversário, a Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa fez realizar um banquete no City Hotel ao qual compareceram os sócios com as respectivas esposas e diretores daquele hospital. Abrindo a sessão, durante o jantar, o presidente da Sociedade, dr. Eurico Branco Ribeiro, proferiu o seguinte discurso:

"A Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa reúne-se hoje para comemorar a passagem do 19.º aniversário da sua primeira sessão.

A solenidade que estamos presenciando reveste-se de um aspecto singular nos anais da Casa: resolveu a Diretoria que ao invés de realizar uma sessão solene, no salão nobre do velho Hospital São Joaquim, com a presença sem dúvida agradável e distinta de representantes de outras sociedades, que ali iriam empertigados e cerimoniosos desincumbir-se de um dever social por vezes penoso e nem sempre significativo, resolveu a Diretoria promover esta festa simples, mas de cordialidade e congratulações, na intenção de oferecer a oportunidade de duas ou três horas de mais efetiva aproximação entre os responsáveis pela direção da Beneficência Portuguesa de São Paulo e os médicos que fazem parte do quadro da nossa Sociedade.

De cordialidade, sim, porque é num ambiente íntimo e despido de prerrogativas como este, que os corações podem dar largas aos seus impulsos, cultuando, com a sinceridade e espontaneidade que são próprias do seu sentimentalismo inato, as amizades já feitas

através do ambiente hospitalar que a todos nós atrai e vincula.

De congratulações, sim, porque a oportunidade é a de nos darmos parabéns uns aos outros, no fim desta década de atividade social, pela obra de cooperação que vimos realizando — diretores e médicos — no sentido de atingir as filantrópicas finalidades que se inscrevem na égide dos que lançaram os fundamentos da instituição a que servimos. Certo que os sonhadores de 1858, já esperavam contar com o concurso de médicos competentes e dispostos a acompanhar os progressos da ardua carreira abraçada e como seguir o vertiginoso suceder das novidades médicas, sem uma periódica troca de idéias, sem um estudo de conjunto de certos problemas, sem a crítica detalhada e a análise cuidadosa de casos objetivos, sem a ilustração decorrente de conferências e de cursos ditados por especialistas.

A Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa de São Paulo veio preencher esse desiderato, contribuindo para o aperfeiçoamento técnico do corpo médico do hospital e é justo, por conseguinte que consideremos estes momentos como alegres horas de congratulações para todos os que têm responsabilidades na vida benemérita da nossa quasi secular instituição.

Seria de estranhar, porém, que faltasse a graça feminina numa festa de coração e de regozijo. Eis aí a razão estarmos tendo agora a ventura do convívio amável das nossas consortes. Elas, que nos acompanham em todos os transe, consolando-nos com a sua palavra carinhosa nos momen-

tos difíceis da luta profissional e que nos alentam e estimulam para o prosseguimento da tarefa que cada um se impoz — elas não podiam deixar de estar ao nosso lado também nas ocasiões de alegria, porque devemos repartir com elas o fruto dos nossos esforços. E que frutos mais saudáveis do que os do trabalho do espírito, aqueles que foram nutridos com a seiva preciosa do nosso próprio eu e que custaram uma soma inapreciável de sacrifícios! A elas revertamos todo o sabor indefinível desse fruto sazonado na oferenda solene desta hora em que comemoramos uma vitória do nosso espírito!

Senhores! Quando se fez a propaganda da minha candidatura para ocupar pela segunda vez a presidência da Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, alegou-se, entre outras coisas, que a mim devia caber a honraria porque, tendo sido o autor da idéia da fundação da Sociedade, estaria muito bem à frente do quadro social por ocasião da passagem do seu 10.º aniversário.

Há, evidentemente, um grande equívoco nessa maneira de entender: não foi minha a idéia da criação da Sociedade.

Ficou isso bem patente nas palavras que pronunciei ao declarar aberta a primeira reunião da nossa Sociedade, em 16 de maio de 1934. Era anterior às minhas iniciativas a intenção de se organizar uma sociedade dos médicos que frequentam o Hospital São Joaquim, com o propósito de se discutirem os casos clínicos interessantes, observados nos diversos serviços hospitalares, de se agitam assuntos médicos de atualidade e de se apresentarem sugestões sobre a vida da instituição. Entre as tentativas anteriores, contava-se a que fizera o dr. Barbosa de Barros, que, com a sua autoridade de Diretor Médico da Beneficência, havia reunido certa noite o corpo médico do hospital, propondo a criação da Sociedade.

Apesar de um certo entusiasmo que então transpareceu e de ter partido a iniciativa de quem possuía autoridade hierárquica, o ante-projeto dos estatutos correu de mãos em mãos acompanhado de uma onda de desânimo que logo o sufocou, sob a crítica de que o cometimento não teria o indispensável apoio individual de cada um. Formaram-se, então, duas correntes: uma, numerosa e influente, pela não criação da sociedade; a outra, pequena, mas coesa, que acreditava nas possibilidades da empresa e acalentava a esperança de vê-la realizada. E' claro que os pontos de vista de cada um se modificaram, tornando flutuantes as correntes de cada grupo. E o fenômeno que se esboçou ao nascimento, veio se reproduzindo por estes dez anos de vida da Sociedade: quando reforçadas as hostes dos entusiastas; períodos de brilho, por vezes de grande brilho, na história dos eventos sociais; quando derivada para o outro lado a influência dos desalentados, diminuição das atividades sociais com períodos aliás passageiros de menor produtividade.

Sempre filiado à corrente dos que estão prontos para colaborar, vi no período de renovação por que passou o Hospital São Joaquim em 1933-1934 um momento asado para uma nova tentativa no sentido de instalar a Sociedade.

Fiz a propaganda. Distribui convites. Esforço vão: avultava ainda o pessimismo da maioria. Por essa ocasião já o meu Serviço congregava um pequeno grupo de bons companheiros de trabalho e, mesmo com uma convivência diária e intensa, sentíamos a necessidade da existência de uma sociedade que registasse as nossas cogitações e discussões.

Resolveu-se, então, que, ao invés de ser do hospital, a associação seria só do nosso Serviço. E foi assim que na saudosa manhã de 16 de maio de 1934, com o propósito aqui assinalado, se realiza-

va a reunião que deu origem à nossa Sociedade. Não eramos nem meia dúzia de médicos e o local escolhido foi a sala do apartamento dos internos, à volta de uma pequena mesa central. Aconteceu então um fato que teve consequência transcendental para os destinos da incipiente associação: quando íamos em plena sessão e a mim competia discorrer sobre a organização de um serviço cirúrgico, entraram casualmente no recinto dois dos mais esforçados e dedicados diretores da Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência: os snrs, comendadores Silva Porto e Henrique Cerveira. Causou-lhes curiosidade a nossa reunião. Despertando-lhes interesse, assistiram-na parcialmente, e, entusiasmados e compreendendo o grande alcance de uma organização mais ampla, se constituíram nos mais fervorosos propagandistas das velhas idéias que pareciam vencidas. No dia seguinte, por ordem da Diretoria da Beneficência, era a novel sociedade intimada a reunir-se na sala dos médicos, e autorizada a englobar todos os médicos do quadro hospitalar. Assim, a segunda reunião preparatoria, que se realizou a 23 de maio de 1943, já teve a assistência de outros médicos, e na terceira, a 2 de junho, já figurou uma palestra feita por médico que não pertencia ao meu Serviço. Estava vitoriosa a iniciativa! Mais algumas sessões preparatórios — ao todo 9 — para discussão e aprovação de estatutos e eleição da primeira diretoria, e a 2 de agosto de 1934 se fazia a instalação solene da Sociedade.

O passado é ainda bem recente para que se recorde aqui, com detalhes, e sem cansaço para o auditório, o que foi a sessão inaugural e o que têm sido a vida da Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa. Basta dizer, porém, que foram realizadas até hoje 215 sessões e que, para maior realce da sua projeção, ocuparam a presidência figuras de alto des-

taque da classe médica paulista, como os drs. José Barbosa de Barros, Américo Brasileiro, Ademar Nobre, Mendonça Cortez, Jarbas Barbosa de Barros, Jaime Rodrigues, Eduardo Cotrim e Eurico da Silva Bastos.

Antes de passar a palavra ao dr. Ademar Nobre, que nos vai brindar com o encanto que a sua verve brilhante sempre desperta e entretem eu vos peço me acompanhais, de pé, num momento de silenciosa reverência, em homenagem à memória dos companheiros de jornada de que a morte nos privou nestes dez anos: José de Almeida Camargo, Bento Theobaldo Ferraz, Américo Brasileiro e Nestor Granja.

Tem a palavra o dr. Ademar Nobre.

O dr. Ademar Nobre proferiu as seguintes palavras:

"Nesta nossa reunião íntima em que comemoramos o 10.º aniversário da fundação da nossa sociedade científica, deveria prender a vossa preciosa atenção a palavra fácil e brilhante de Juvenal da S. Marques, colega distinto, que ali às qualidades de profissional valioso e competente, a cultura do humanista e o brilho intelectual. Motivos superiores à sua vontade no entretanto vieram privar-vos desse indelével prazer de mais uma vez apreciardes essa faceta brilhante de sua personalidade multifária.

Não vos assusteis porém, que não pretendo substituí-lo nessa difícil tarefa que lhe havia sido imposta de fazer uma conferência, discorrendo sobre a personalidade dos profissionais que nestes longos 85 anos têm passado pelo nosso hospital como colaboradores dessa grandiosa obra que é a R. e B. S. Portuguesa de Beneficência.

Eu seria tão incapaz de substituí-lo nessa tão honrosa quanto difícil incumbência quanto seria incapaz de tamanha maldade sujeitando-vos nesta ocasião a tão doloroso sacrifício, que no mínimo

redundaria numa turbacão da alegria e força da cordialidade que vêm reinado nesta agape comemorativa.

Isso no entanto não impede que eu, me aproveite desta oportunidade para em poucas palavras prestar uma homenagem à memória de todos os colegas falecidos, que de 1859 até esta data têm passado pela pela nossa Benef. — fazendo-o na pessoa, ou melhor à memória de um só desses profissionais — que por todos os motivos, tem direito a ser hoje aqui lembrado e a sua memória cultuada com respeito — Antonio Caetano de Campos — o primeiro médico a trabalhar para a S. P. de B. após a construção do nosso hospital de S. Joaquim.

A S. dos Médicos que hoje aqui comemora o seu 10.º aniversário de fundação juntará assim a sua homenagem às muitas outras que amanhã serão prestadas em todo os meios educacionais paulistas em comemoração ao centenário do nascimento daquele ilustre profissional e destacado e notável educador.

Edificado o hospital de S. Joaquim em 1873 no local onde ainda está e cujo terreno, a título de curiosidade vos informa, naqueles bons tempos, custou à Sociedade a importância de 3:000\$000, ou seja em moeda atual Cr.\$3.000,00 foi nessa mesma ocasião A. C. de Campos nomeado clínico da Sociedade, onde prestou inestimáveis e dedicados serviços médicos e cirúrgicos até a sua morte, ocorrida em setembro de 1891. Os arquivos da B. Port. estão repletos de documentos que demonstram a evidência que naquela época só Caetano de Campos cuidava e dispensava aos associados de então os serviços profissionais de que eles careceriam. Reconhecida, a Socie. fez inaugurar o seu retrato à óleo, o 1.º retrato de médico que veio a figurar na galeria dos grandes benfeitores da associação. Todos vós que diariamente entraís na sala dos médicos tendes visto

(86)

o semblante sereno, a plácida fisionomia que nos oferece aquele retrato antigo, lembrado os nossos antepassados da outra geração na sua indumentária, hoje para nós grotesca, de largo colarinho aberto e indefectível sobrecasaca e o seu rosto moreno, de longos bigodes pendentes, com negra pêra sombreando o queixo e dando a sua fisionomia um aspecto de bondade e simplicidade que estava longe de corresponder aos traços da sua personalidade viril de lutador e valeroso elemento de alta projeção nos meios culturais e médicos do país. Diplomado após um curso brilhante, foi o inlustre médico fluminense um notável educador em São Paulo, fazendo com que daqui partisse depois da proclamação da república, o movimento renovador da escola brasileira. A sua ação educacional — superou todas as suas demais atividades, concorrendo de maneira notável para a maior e melhor difusão do ensino primário — relegado a um segundo plano no regimen monárquico, conseguindo realizar em apenas 18 meses, após a incumbência que recebera do governo, a remodelação completa desse ensino e do complementar, transformando a hoje, Escola Caetano de Campos, em um instituto modelo e na tradicional escola normal, cujas diretrizes mestras, ainda hoje estão vivas naquele afamado educandário.

E' à maioria dessa figura destacada do cenário médico de S. Paulo doutros tempos que neste momento a nossa sociedade médica presta o seu preito de homenagem — vendo nele um símbolo da classe que na Beneficência exerce o seu trabalho profissional.

*

Também aos grandes benfeitores da S. P. de B., que não sendo médicos a ela têm dado de dedicação, de amor e de prestimidade, desejo neste momento manifestar o sentimento da nossa homenagem e do nosso respeito,

fazendo-o também na figura de um só dos seus beneméritos. Referindo-me aos médicos relembrei Antônio Caetano de Campos, o 1.º a exercer a profissão em nosso hospital. Falando de benfeitores devo lembrar a figura do 1.º sócio benfeitor da nossa sociedade científica — Joaquim Gonçalves Moreira.

Embora desaparecido há pouco tempo, nem todos vós o conhecestes. E' que só nos últimos anos da sua laboriosa vida ele passou a fazer parte da nossa família hospitalar, embora já há muito vivesse mui próximo dela pois era nosso visinho.

Mas, diz o velho brocardo, os últimos serão os primeiros, e J. G. Moreira que foi dos últimos a se aproximar de nós, foi o 1.º, o maior de todos os nossos benfeitores desde a fundação da S. P. de Benef.

Não vos farei aqui a biografia do querido extinto. Dir-vos-ei somente que Joaquim G. Moreira tornou-se credor da estima e da admiração póstuma de todo São Paulo e quicá do Brasil, pelo gesto de larga generosidade com que soube traçar o seu derradeiro adeus ao mundo.

Gonçalves Moreira foi igualmente lutador de fibra que venceu na vida graças à sua pertinácia no trabalho, à sua perspicácia e aguda visão comercial. Vindo para o Brasil aos 14 anos, antes mesmo de aqui chegar começou a vencer tropeços e a lutar pela existência, pois durante a travessia do oceano em barco à vela, viagem acidentada e cheia de perigos, teve de lutar juntamente com os demais passageiros e tripulantes para conseguir dominar um incêndio, que por dias lavrou a bordo da embarcação. Aqui ocupou os emprêgos mais humildes no comércio, e foi galgando pelo seu trabalho, e pelo seu es-

fôrço próprio, todos os cargos na firma onde se empregára até chegar à sócio-para depois fundar a firma J. Moreira & Comp., transformação da primitiva casa em que se empregára como simples caixeiro.

Sabendo viver com todo o conforto, sempre irrepreensivelmente trajado mesmo com certa elegância, era entretanto muito equilibrado em seus gastos, econômico, mesmo quando já milionário, nunca porém indiferente aos que dele se aproximavam, atendendo sempre com alguma coisa aos pedidos que recebia e que eram inúmeros. Soube sempre premiar o esforço e a dedicação daqueles que com ele trabalhavam, não esquecendo até, no seu testamento de contemplar a todos os seus serviços enquanto viverem.

E se venceu na vida J. G. Moreira engrandeceu-se na morte pela acertada e caritativa distribuição que fez no seu bellissimo testamento a dezenas e dezenas de instituições de caridade e de Beneficência, não se esquecendo nem mesmo da nossa Sociedade científica onde contava com verdadeiros amigos e admiradores.

Neste dia de festas para a nossa sociedade lembremo-nos dos nossos mortos queridos, e num curvar de cabeça, triste de saudade, elevemos o nosso pensamento agradecido à memória de Antônio Caetano de Campos e de Joaquim Gonçalves Moreira, numa homenagem póstuma a todos os médicos falecidos e a todos os grandes benfeitores que passaram pela nossa Beneficência".

Em nome da diretoria da Beneficência Portuguesa falou o sr. Alfredo de Oliveira Braga, que formulou votos pela prosperidade da Sociedade.

Encerrada a sessão, o dr. Eurico Branco Ribeiro fez exhibir um filme colorido que apanhou na sua recente viagem ao Chile.

HEXAMIO — *iodo em gotas*

Sociedade de Oftalmologia de São Paulo

Posse da nova diretoria. — Em sessão de 12 de maio, tomou posse a nova diretoria da Sociedade de Oftalmologia de S. Paulo, que regerá os destinos da Sociedade no ano social 1944-1945. A diretoria ficou assim constituída: Pre-

sidente, Prof. Moacir E. Alvaro, demais membros da diretoria: Drs. Antônio de Almeida, Sílvio de Almeida Toledo, Aureliano Fonseca, Artur Amaral Filho e Paulo Braga Magalhães.

Professor Nilson Torres de Rezende

Sua estadia em São Paulo. — O dr. Nilson Torres de Rezende pronunciou, no dia 27 de abril findo, na Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, em sessão conjunta com o Centro de Estudos "Franco da Rocha", uma conferência sobre a Cirurgia da Moléstia de Parkinson e Moléstias afins".

A sessão foi presidida pelo Prof. Eduardo Monteiro, Presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia, e pelo Dr. Francisco Tancredi, Presidente do Centro de Estudos "Francisco da Rocha". O ilustre cientista patricio foi introduzido no recinto por uma comissão composta dos Professores Paulino Longo, Aderbal Tolosa e Dr. Mário Yahn.

Saudando o conferencista, o Dr. Anibal Silveira salientou a importância das pesquisas originais realizadas no terreno neuro-cirúrgi-

co, sobre enxertos de nervos cadavéricos em cirurgia humana, as quais vêm sendo feitas, há longos anos, pelo Prof. Nilson Torres de Rezende, nos Estados Unidos, onde o ilustre cientista patricio ocupa o alto cargo de "Instructor of Neurology", da Universidade de St. Louis, Missouri.

Depois de agradecer, em rápidas palavras, a homenagem que acabava de receber das duas agremiações científicas, o Prof. Nilson de Rezende pronunciou sua conferência sobre "A Cirurgia da Moléstia de Parkinson e Moléstias Afins".

No dia seguinte, o Prof. Nilson de Rezende visitou o Hospital de Juqueri, da Assistência a Psicopatas, percorrendo demoradamente as várias dependências do Hospital Central, Clínicas Especializadas, Manicômio Judiciário e Colônias, colhendo as melhores impressões.

ESTUDOS CIRÚRGICOS (4.ª SERIE)

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

PERTO DE 300 PÁGINAS, COM NUMEROSAS ILUSTRAÇÕES

PREÇO Cr\$ 50,00

Pedidos ao Autor: CAIXA POSTAL, 1574 — S. Paulo

CONGRESSOS MÉDICOS

II Congresso Pan Americano de Oftalmologia. — Conforme havia ficado deliberado na primeira reunião realizada em Outubro de 1940 em Cleveland, deveria reunir-se em Montevideo o II Congresso Pan Americano de Oftalmologia. Para esse Congresso foi organizado o seguinte programa:

1.º dia. Sessão inaugural.

2.º dia. Oftalmologia social: Pela manhã. Profilaxia da Cegueira nas Américas. Relatório oficial do Comité de Profilaxia da Cegueira do Congresso Pan Americano de Oftalmologia, presidido pelo Dr. Francisco Belgeri, de Buenos Aires. A tarde. Luta contra o Tracoma nas Américas. Relatório oficial do Comité de Luta Contra o Tracoma, presidido pelo Prof. Corrêa Meyer, de Porto Alegre.

3.º dia. Trabalhos de investigação científica.

4.º dia. Oftalmologia Médica.

I Tema. Estado preeclâptico, seu diagnóstico e tratamento.

II Tema. Novos pontos de vista sobre o glaucoma oriundos de investigação gonioscópica.

III Tema. Estimação e mecanismo dos efeitos destruidores da hipertensão ocular.

IV Tema. Oportunidade da intervenção cirúrgica no glaucoma; até quando se deve continuar o tratamento médico?

5.º dia. Oftalmologia Cirúrgica:

I Tema. Cirurgia do estrabismo paralítico.

II Tema. Cirurgia das heterotropias.

III Tema. Cirurgia das heteroforias.

6.º dia. Temas livres.

Em virtude das dificuldades de transporte acima prevaletentes no momento e que possivelmente ainda prevalecerão em Novembro deste ano, foi resolvido pelos dirigentes do Congresso adiá-lo para Novembro de 1945 quando será realizado na mesma cidade de Montevideo.

I Reunião dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros. — Sua próxima realização. — Visando um maior intercâmbio entre os nossos principais centros científicos, a Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, com afeita cooperação de suas filiais de S. Paulo e de Minas Gerais, pretende organizar, anualmente, reuniões dos dermato-sifilógrafos brasileiros, para o estudo dos principais temas da especialidade. Essas reuniões deverão ser realizadas, alternadamente, no Distrito Federal e nas capitais dos Estados de S. Paulo e de Minas Gerais.

Iniciando essa nova fase de suas atividades, a S. B. D. S. realizará, em 26 e 27 de setembro do corrente ano, a I Reunião Anual dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros, que será dedicada ao estudo da leishmaniose tegumentar.

Para essa primeira reunião serão convidados, além dos sócios da entidade promotora, todos os médicos que de algum modo se ocupam do tema a ser tratado, bem como os nossos institutos científicos.

Os trabalhos apresentados na I Reunião Anual dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros serão em número especial dos "Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia", órgão oficial da S. B. D. S.

As adesões à I Reunião Anual dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros deverão ser comunicadas ao Dr. Hildebrando Portugal, Secretário Geral da S. B. D. S. (caixa postal, 389, Rio de Janeiro), até

o dia 25 de agosto, e os trabalhos para esse certame deverão ser enviados, para aquele mesmo endereço, até o dia 10 de setembro.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS TROPICAIS

Sua criação em Basileá, Suíça

Em Basileá acaba de se fundar o Instituto de Ciências Tropicais e Medicina Tropical. Este novo centro de ensino e investigação especializada se dedicará ao estudo dos problemas das regiões tropicais e subtropicais em geral, como etnografia, botânica, zoologia, luta contra animais daninhos, parasitos, etc., e desde logo, com preferência a da medicina de ditas regiões. Realizar-se-ão cursos e se editará uma revista de "Ciências Tropicais", para publicar trabalhos relacionados com

todas as matérias pertinentes, incluindo medicina, e ademais uma bibliografia das mais completas possíveis. Um desses propósitos fundamentais dessa Instituição é o de estabelecer contacto com os centros de estudos sulamericanos.

Foi sido designado presidente do Instituto o Dr. Alfredo Gigon, professor titular de clínica médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Basileá, e representantes para a América do Sul, o Dr. Pablo Osvaldo Wolff, O'Higgins 2244, Buenos Aires.

Uma novidade terapêutica, eficaz e atóxica

GENCITROPINA LABOTHERPE

Formula:

CADA DRAGEA CONTEM:	ADULTOS	INFANTIL
Violeta de genciana . . .	0,06 g	0,02 g
Arrenal	0,03 g	0,01 g
Sulfato de atropina . . .	0,00024 g	0,00008 g
Excipiente q.s. para 1 dragea gastro-refratária		

INDICAÇÕES: Giardias intestinalis, Infestação por Enterobius vermiculares, Estrongiloides, Estercolariis e por Heminolepis.

LABORATÓRIO BRASILEIRO DE THERAPEUTICA LTDA.
CAIXA POSTAL, 3018 — RUA S. JOAQUIM, 381 — TEL. 7-2955 — S. PAULO

traba-
levarão
mesmo
setem-

S

es, in-
s uma
pletas
pósitos
io e o
s cen-
t.
idente
Gigon,
nédica
édicas
e re-
ca do
Wolff,
es.

a

o
s,